INTER-MEMO ECN

Fiches de synthèse illustrées

THERAPEUTIQUE

- ZEROS + MOTS CLES
- GRILLES ECN «TYPES»



tome 2

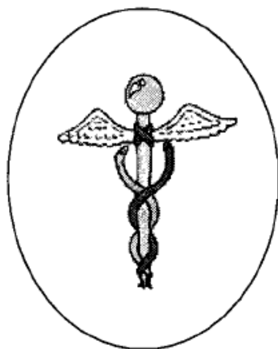
Collectif



INTERNAT - MEMOIRE

Fiches de synthèse illustrées

Thérapeutique 2



COLLECTIF

Editions Vernazobres-Grego
99, bd de l'Hôpital - 75013 PARIS
Tél : 01 44 24 13 61

ISBN 2-84136-687-1

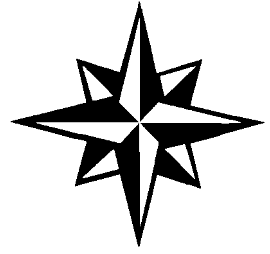
Les auteurs se dégagent de toute responsabilité, le prescripteur est strictement responsable de ses actes.

MATIERES PAR VOLUME



VOLUME I	➢ MODULE IV - HANDICAP ➢ MODULE V - VIEILLISSEMENT ➢ MODULE VI – DOULEUR ET SOINS PALLIATIFS ➢ CARDIOLOGIE ➢ DERMATOLOGIE ➢ ENDOCRINOLOGIE ➢ GYNECOLOGIE ➢ HEMATOLOGIE ➢ HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE ➢ OPHTALMOLOGIE ➢ MALADIES INFECTIEUSES
VOLUME II	➢ MEDECINE LEGALE ➢ NEPHROLOGIE ➢ NEUROLOGIE ➢ ORL ➢ ORTHOPEDIE ➢ PEDIATRIE ➢ PNEUMOLOGIE ➢ PSYCHIATRIE ➢ RHUMATOLOGIE ➢ SANTE PUBLIQUE ➢ STOMATOLOGIE ➢ TOXICOLOGIE ➢ UROLOGIE

TABLES DES MATIERES



MEDECINE LEGALE



CONDUITE A TENIR EN CAS D'ABUS SEXUEL

Certificat médical descriptif : valeur médico-légale déterminant l'ITT
Traitement médical : contraception, antibiothérapie, bilan MST
Déclaration au PR si mineur
Soutien psychologique et prise en charge sociale

1-Certificat médical descriptif
- Daté et signé
- Examen clinique et examens complémentaires
- Appréciation de l'état psychologique
- **Valeur médico-légale déterminant l'ITT**

2-Traitement médical
- **Contraception**
- **Antibiothérapie** (cyclines) en fonction MST
- **Bilan MST** et traitement (selon)

3-Déclaration au PR si mineur (obligatoire si < 15 a)

4-Soutien psychologique et prise en charge sociale

CERTIFICAT DE DECES

1ère partie : administrative : règles de rédaction : 3 volets ; contenu : identité du défunt, date, heure et lieu du décès, caractère réel et constant de la mort, cause du décès, signature et cachet du médecin
2ème partie : médicale : règles de rédaction : 1 volet
Certificat à adresser à l'officier d'état civil de la commune du domicile dans les 24 h
En cas de problème médico-légal (+++) : cocher la case obstacle médico-légal

	Règles de rédaction	Contenu
1ère partie : administrative	1-En **3 volets** 2-Destinataire : -Mairie du lieu de décès -Chambre funéraire -Mairie de la chambre funéraire	**-Identité du défunt** **-Date, heure et lieu du décès** **-Caractère réel et constant de la mort** -Cause du décès **-Signature et cachet du médecin**
2ème partie : médicale	1-En **1 volet** 2-Un seul destinataire (Médecin inspecteur de la DDASS) 3-Anonyme à but statistique	-Cause directe du décès -Etat pré-morbide associé -Lieu du décès -Facteur ayant favorisé le décès

Certificat à adresser **à l'officier d'état civil de la commune du domicile** dans les **24 h** (pour que ce dernier délivre le permis d'inhumer à la famille)

En cas de problème médico-légal (+++) :
- **Cocher la case obstacle médico-légal**
- Ou ne pas signer

Si maladie transmissible :
- Cocher la case obligation d'inhumation immédiate

ACCIDENT DE TRAVAIL

Victime : prévient l'employeur dans les 24 h
Employeur : déclaration à la CPAM dans les 48 h
Praticien : certificat médical initial avec la durée d'ITT, certificat médical final (guérison ou consolidation)
Médecin-conseil de la sécurité sociale : incapacité permanente partielle

Victime	**-Prévient l'employeur dans les 24 h** -Fait établir par un médecin un certificat médical initial descriptif
Employeur	**-Déclaration à la CPAM dans les 48 h** -Délivre à la victime le **tritypique** -Remet à la victime une attestation de salaire
Praticien	-**Certificat médical initial** avec la durée **d'ITT** -Volets 1 et 2 du tritypique (en conservant le 1er pour règlement direct de ses honoraires par la CPAM) -Certificat de prolongation **-Certificat médical final (guérison ou consolidation)**
Médecin-conseil de la sécurité sociale	-Seulement en cas de consolidation **-Incapacité permanente partielle**

MALADIE PROFESSIONNELLE

Praticien : certificat médical initial
Victime : déclaration à la CPAM
Médecin de la CPAM : confirme la maladie professionnelle, calcule le taux d'IPP

Praticien	**Certificat médical initial** mentionnant : -Maladie appartenant au tableau -Date de la 1ère consultation -Exposition professionnelle en question
Victime	**Déclaration à la CPAM** comprenant : -Attestation de salaire -Certificat médical initial -Dans un délai de 15 j
Employeur	Délivre une attestation de salaire à la victime
Médecin de la CPAM	-Examine le dossier **-Confirme la maladie professionnelle** **-Calcule le taux d'IPP** -Propose une enquête à l'inspection du travail

HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE

GENERALITES
HDT : indications ; documents nécessaires : demande d'HDT signée par un tiers, carte d'identité du tiers et du patient, 1er certificat médical 2ème certificat médical
HOSPITALISATION A LA DEMANDE D'UN TIERS
Ces troubles rendent impossible son consentement
HOSPITALISATION D'OFFICE
Ce comportement compromet l'ordre public et la sûreté des personnes

I-GENERALITES

	Indications	Documents nécessaires
HDT	Troubles rendant impossible le consentement de la personne	1-**Demande d'HDT signée par un tiers** 2-**Carte d'identité du tiers et du patient** 3-**1er certificat médical** (médecin extérieur) 4-**2ème certificat médical**
HO	Sujet compromettant l'ordre public ou la sûreté des personnes	1-Certificat médical (médecin extérieur) 2-Arrêté préfectoral motivé

II-HOSPITALISATION A LA DEMANDE D'UN TIERS

-Date…

-Je soussigné Docteur…
-Certifie avoir examiné ce jour…
-Né le... à...
-Domicilié...
-Et avoir constaté les troubles suivants...

-Ces troubles rendent impossible son consentement
-Son état impose des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitali
-Son état justifie son HDT dans un établissement mentionné aux articles L3212-1 du code de la santé publique en vertu de la loi du 27 juin 1990

-Signature...
-Tampon...

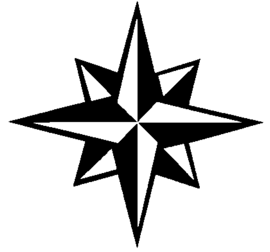
III-HOSPITALISATION D'OFFICE

-Date…

-Je soussigné Docteur…
-Certifie avoir examiné ce jour…
-Né le… à…
-Domicilié…
-Et avoir constaté les troubles suivants…

-Ce comportement compromet l'ordre public et la sûreté des personnes
-Son état justifie son HO dans un établissement spécialisé habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux en application de l'article L3213-1 du code de la santé publique modifié par la loi du 27 juin 1990

-Signature…
-Tampon…



NEPHROLOGIE



NEPHROPATHIES GLOMERULAIRES

<u>SYNDROME NEPHROTIQUE</u>
Traitement du syndrome œdémateux : régime restreint en sel, diurétiques
Prévention des complications : IEC ; HBPM préventif; vaccins inactivés et atb pour infections récurrentes
Traitement étiologique
<u>CAS PARTICULIER : GNMP SECONDAIRE A UNE CRYOGLOBULINEMIE ± VHC</u>
Phase chronique avec VHC : traitement antiviral C
Phase chronique sans VHC : Immunosuppresseurs
<u>SD NEPHRITIQUE PAR GLOMERULONEPHRITE POST-STREPTOCOCCIQUE</u>
Traitement symptomatique : repos au lit (± hospitalisation), régime restreint en sel, diurétiques (Lasilix®)
Traitement spécifique : antibiothérapie en cas d'infection évolutive
<u>IV-MALADIE DE BERGER</u>
Eradication de tous les foyers infectieux
Traitement symptomatique néphro-protecteur et anti-HTA : IEC
Traitement spécifique : corticoïdes

I-SYNDROME NEPHROTIQUE

1-Traitement du syndrome œdémateux
- Repos au lit (± hospitalisation)
- **Régime restreint en sel**
- **Diurétiques (Lasilix®)**
- Albumine (selon) pour correction de l'hypoprotidémie

2-Prévention des complications
- **IEC** même en l'absence d'HTA
- Thromboses : **HBPM préventif si Alb < 20 g/L (HNF si IR)**
- Infections : **vaccins inactivés et atb pour infections récurrentes**
- HTA : IEC
- Hyperlipidémie : régime ± statines
- Trouble de la croissance : Vit D et calcium
- Adapter posologie des médicaments liés à l'albumine

3-Traitement étiologique

SNI de l'enfant	1-**Corticothérapie :** -Per os pour 4 mois 1/2 : 2 mg/kg/j pour 4 sem 2 mg/kg/2 j pour 8 sem Décroissance progressive sur 6 sem -Si échec à J28 : 3 bolus IV de Solumédrol® Associé à la corticothérapie per os 2-**Mesures associées :** -Vit D, Ca, K -Pansement gastrique -Régime normoprotidique, pauvre en sel, avec peu de glucides rapides 3-Discuter la Cyclosporine® en cas d'échec -Intolérance aux corticoïdes -Corticorésistance -Corticodépendance	
GEM	Primitive	Traitement immunosuppresseur de « Ponticelli » associant : -Corticoïdes -Cyclophosphamide (Endoxan®)
	Secondaire	Traitement étiologique spécifique

4-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Clinique : rétention hydro-sodée, état nutritionnel, complications thrombo-emboliques ou infectieuses, tolérance

Paraclinique : iono sg, urée, créat, protéinurie, ECBU, NFS, VS, protides

II-CAS PARTICULIER : GNMP SECONDAIRE A UNE CRYOGLOBULINEMIE ± VHC

Phase aiguë	Plasmaphérèse
Phase chronique avec VHC	**Traitement antiviral C :** -Interféron α -Ribavirine®
Phase chronique sans VHC	**Immunosuppresseurs** dans les formes graves : -Corticoïdes -Cyclophosphamide (Endoxan®)

III-SD NEPHRITIQUE PAR GLOMERULONEPHRITE POST-STREPTOCOCCIQUE

1-Traitement symptomatique

Traitement du syndrome œdémateux :

Repos au lit (± hospitalisation)
Régime restreint en sel
Diurétiques (Lasilix®)

Traitement d'une HTA (Loxen®)

Traitement d'une IR aiguë : EER si oligo-anurie prolongée

2-Traitement spécifique

1- **Antibiothérapie en cas d'infection évolutive**

3-Surveillance prolongée

Clinique : poids, diurèse, TA, BU

Paraclinique : iono sg, créat, protéinurie des 24 h, complément

IV-MALADIE DE BERGER

1-éradication de tous les foyers infectieux

2-traitement symptomatique néphro-protecteur et anti-HTA

IEC

TA cible : 130/80 (ou 125/75 si protéinurie > 1 g/j)

3-Traitement spécifique

2- **Corticoïdes**

NEPHROPATHIES VASCULAIRES

<u>SD HEMOLYTIQUE ET UREMIQUE :</u>
Epuration extra-rénale en urgence ; antihypertenseur ; traitement étiologique
<u>MALADIE DES EMBOLES DE CHOLESTEROL :</u>
Arrêt des anticoagulants ; traitement symptomatique des complications ; correction des Fdr CV

Sd hémolytique et urémique	1-**Epuration extra-rénale en urgence** (selon) 2-Traitement symptomatique : -Alimentation parentérale -**Antihypertenseur** -Transfusion de CG 3-Traitement spécifique : -PFC -Echanges plasmatiques 4-**Traitement étiologique :** 5-Surveillance à long terme (TA, créat, microalbuminurie)
Maladie des emboles de cholestérol	1-**Arrêt des anticoagulants** 2-**Traitement symptomatique des complications :** -HTA : antihypertenseurs -IDM -IR : dialyse + corticoïdes 3-Surveillance 4-**correction des Fdr CV**
PAN	<u>Sans HBV :</u> -Corticoïdes IV -Immunosuppresseur
	<u>Avec HBV :</u> -Lamivudine® -Corticoïdes per os -Echanges plasmatiques
Occlusion de l'artère rénale aiguë	<u>Dissection traumatique :</u> Revascularisation chirurgicale
	<u>OAR vue précocement < 3 h :</u> -Artériographie rénale -Thrombolyse in situ -Thrombo-aspiration -Puis anticoagulation efficace
	<u>OAR vue tardivement :</u> -Anticoagulation efficace -Antihypertenseur
Occlusion de la veine rénale	<u>Néoplasie :</u> -Chirurgie -Néphrectomie totale élargie -Cavotomie
	<u>Fibrinocruorique :</u> -Anticoagulation efficace -± Fibrinolyse -± Thrombectomie
	<u>Enfant déshydraté :</u> -Réhydratation -Anticoagulation efficace

NEPHROPATHIES INTERSTITIELLES

<u>RAPPELS SUR LES NEPHROPATHIES INTERSTITIELLES</u>
Aiguës : immuno-allergie médicamenteuse+++ ; sarcoïdose+++
Chroniques : pyélonéphrite chronique
<u>CAS DE LA NIA PAR IMMUNO-ALLERGIE MEDICAMENTEUSE</u>
Arrêt du médicament et éviction à vie
Corticothérapie

I-RAPPELS SUR LES NEPHROPATHIES INTERSTITIELLES

Types	Diagnostic	Etiologies
Aiguës	1-Lombalgie 2-Fièvre 3-IRA 4-Protéinurie : 1 g/L 5-Leucocyturie 6-Eosinophilie 7-Signes négatifs : Pas HTA Pas d'œdèmes Diurèse normale	**-Immuno-allergie médicamenteuse +++** **-Sarcoïdose +++** -(Infection à E Coli, hémopathies)
Chroniques	1-Protéinurie tubulaire : <1 g/L β2-microglobuline 2-Anomalie fonctionnelle tubulaire : Polyurie/nycturie Perte de sel 3-Leucocyturie 4-Signes négatifs : Pas d'HTA Pas d'albuminurie	<u>Rein dysmorphique :</u> -Néphropathie des analgésiques -**Pyélonéphrite chronique** (RVU ou lithiase) <u>Rein non dysmorphique :</u> -Métabolique -Héréditaire -Toxique (lithium, Pb) -Post-radique -Immuno-hémato (sarcoïdose, Sjörgren, hèmopathies)

II-CAS DE LA NIA PAR IMMUNO-ALLERGIE MEDICAMENTEUSE

1-Arrêt du médicament et éviction à vie

2-Corticothérapie

INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

Ralentir progression IR
- Médicaments : arrêt de tous les médicaments néphrotoxiques
- Régime
- Correction Fdr : dyslipidémie, tabac, HTA ; IEC
- Ttt étiologique

Traitement des complications : acidose : Vichy®, Bicarbonate de sodium ; hyperkaliémique : Kayexalate® ; anémie : fer, folates ; goutte ; ostéodystrophie rénale ; hémorragie ; médicaments

Traitement de suppléance : hémodialyse ou transplantation rénale au stade terminal) :
- Modalités : épargne du capital veineux ; fistule artério-veineuse ; vaccination hépatite B et traitement des foyers infectieux
- Indications : Cl créat < 10 mL/min (< 15 mL/min si diabétique)
- Bilan pré-dyalise

Prise en charge à 100%

1-Ralentir progression IR

Médicaments	**-Arrêt de tous les médicaments néphrotoxiques**
Régime	-Normo-calorique et hypo-protidique -Normo-hydrique (sauf IR terminale)
Correction Fdr	-**Dyslipidémie,** surcharge pondérale, **tabac,** diabète, **HTA** -**IEC** à but protecteur rénal (sauf CI)
Ttt étiologique	

2-Traitement des complications

Acidose	**-Vichy®** **-Bicarbonate de sodium**
Hyperkaliémique	-Pas d'aliments riches en potassium **-Kayexalate®**
Anémie	**-Fer, folates** -Erythropoïétine (si pas de correction par fer) -Transfusion de CG si angor, IC ou Hb < 6,5 g/L
Goutte	-Régime pauvre en purines -Vichy® -Allopurinol
Ostéodystrophie rénale	-Régime pauvre en phosphore et riche en calcium -Calcium et vit D -Chélateur du phosphore
Hémorragie	Desmopressine (Minirin®)
Médicaments	Adapter posologie si élimination rénale

3-Traitement de suppléance : hémodialyse ou transplantation rénale au stade terminal)

Modalités	**-Epargne du capital veineux** **-Fistule artério-veineuse** **-Vaccination hépatite B et traitement des foyers infectieux** -3 séances de 4 h par semaine
Indications	**-Cl créat < 10 mL/min (< 15 mL/min si diabétique)** -Asthénie, dénutrition, vomissements -Surcharge hydro-sodée, HTA réfractaire -Acidose hyperkaliémique -Péricardite, saignement -Encéphalopathie, neuropathie
Bilan pré-dyalise	-Sérologie HBV, HCV, VIH -ETT -Recherche de foyers infectieux

4-Prise en charge à 100%

5-Surveillance tolérance et efficacité du traitement
(Clinique, TA, NFS, P, Ca, urée-creat)

INSUFFISANCE RENALE AIGUE

Epuration extra-rénale si IRA sévère ou terminale
Traitement symptomatique : correction des facteurs aggravants ; nutritionnel ; hydro-électrolytiques : traitement d'une hyperkaliémie, traitement d'une acidose ; prévention des complications : ulcère de stress, thrombo-embolique
Traitement étiologique : obstructive, fonctionnelle, nécrose tubulaire aiguë, GNA, NIA, vasculaire

1-Epuration extra-rénale si IRA sévère ou terminale

Indications	-K+ > 6,5 mmol/L -Acidose (bicar < 10 mmol/L) -Surcharge hydro-sodée mal tolérée -Signe urémique -Toxique dyalisable -Anurie
Méthodes	-En urgence, en USI -Par hémodyalise

2-Traitement symptomatique

Correction des facteurs aggravants	-Arrêt des médicaments néphrotoxiques -Adaptation des posologies à la fonction rénale -Prévention de l'hypoperfusion rénale (DEC ou bas débit)
Nutritionnel	-Apport calorique (et protidique) adapté à l'hypercatabolisme -Vit B1 et B6
Hydro-électrolytiques	**-Eau et sodium :** Apport adapté Lasilix® si besoin -Potassium : Apport de K+ limité **Traitement d'une hyperkaliémie** **-Traitement d'une acidose**
Prévention des complications	**-Ulcère de stress** -Décompensation de tares **-Thrombo-embolique**

3-Traitement étiologique

Obstructive	-Drainage urinaire -Prévention du sd de levée d'obstacle -Prévention de l'hémorragie a vacuo
Fonctionnelle	-Expansion volémique (si hypovolémie) -Tonicardiaque (si défaillance cardiaque) -Arrêt des IEC, AINS, sartans
Nécrose tubulaire aiguë	-Traitement étiologique -Lasilix® pour hyperdiurèse
GNA	Cf.
NIA	Cf.
Vasculaire	Cf.

4-Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement

HTA RENO-VASCULAIRE

Traitement antihypertenseur
Correction des Fdr CV
Revascularisation dans certains cas : indications, techniques
Précautions pour certains médicaments

1-Traitement antihypertenseur

2-Correction des Fdr CV

3-Revascularisation dans certains cas

Indications	-HTA sévère, compliquée et réfractaire -Sténose de l'AR > 75% -Sans IRC -Avec taille des reins > 8 cm
Techniques	Angioplastie endoluminale (dilatation et stent)
	Chirurgie vasculaire (pontage ou réimplantation des AR)

4-Précautions pour certains médicaments

β-bloquant CI si Raynaud
IEC CI si SAR bilatérale ou thrombose AR
OP CI car risque de thromboses

5-Surveillance

TROUBLES HYDRO-ELECTROLYTIQUES

HYPERKALIEMIE
Traitement étiologique
Traitement symptomatique :
Signes de gravité : K+ > 6,5 mmol/L, ECG pathologique (TR ou TC) : gluconate de calcium ; alcalinisation par bicarbonates, G30 + insuline, β2-mimétiques ; EER dans certains cas
Absence de signes de gravité
IHYPOKALIEMIE
Traitement étiologique
Traitement symptomatique : arrêt des digitaliques et des hypokaliémiants, apports potassiques
Surveillance (potassium et ECG)

I-HYPERKALIEMIE

1-Traitement étiologique

2-Traitement symptomatique

Signes de gravité : **K+ > 6,5 mmol/L** **ECG pathologique (TR ou TC)**	1-Urgence + hospitalisation **+ scope +** surveillance 2-**Gluconate de calcium** 1 amp : protecteur myocardique 3-Baisser la kaliémie (par transfert IC) : **-Alcalinisation par bicarbonates** **-G30 + insuline** **-β2-mimétiques** 4-Lasilix® (fct° contexte) 5-**EER dans certains cas**
Absence de signes de gravité	1-Arrêt des apports potassiques et des médicaments hyperkaliémiants 2-Kayexalate® (résine échangeuse d'ions) 3-Vichy® (correction de l'acidose)

II-HYPOKALIEMIE
1-Traitement étiologique

2-Traitement symptomatique

3- **Arrêt des digitaliques et des hypokaliémiants**
4- **Apports potassiques :**
   Per os (alimentation + Diffu-K®)
   IVL (si complications ou < 2,5 mmo/L) sous scope, max 4 g/L et débit max de 1.5 g/h

3-Surveillance (potassium et ECG)

TROUBLES HYDRO-SODES

HYPERHYDRATATION
HEC : restriction hydro-sodée, Lasilix®
HIC : corriger lentement 1 mmol/L/h (risque de la correction d'une HIC : myélinolyse centro-pontine)
DESHYDRATATION
DIC : glucosé à 5%, 60 x P x (Na-140)/140
DEC : NaCl à 9 pour mille, 20 x P x (Ht-0,45)/0,45
Déshydratation globale : NaCl à 9 pour mille
REGLES D'HYDRATATION D'UN PATIENT
Besoins : de base, selon fièvre, selon pertes, en fonction de l'état IC et EC

I-HYPERHYDRATATION

HEC		-Repos au lit **-Restriction hydro-sodée** **-Lasilix®** -Ponction de séreuse
HIC : corriger lentement 1 mmol/L/h	HEC	-Restriction hydrique -Restriction sodée -Diurétique
	EC Nal	-Restriction hydrique
	DEC	-Apport hydrosodé isotonique -Apport sodé

(risque de la correction d'une HIC : myélinolyse centro-pontine)

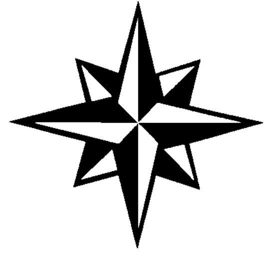
II-DESHYDRATATION

DIC	**-Glucosé à 5%** -Volume à perfuser : **60 x P x (Na-140)/140** -Rythme : Variation de 0,5 à 1 mmol/L/h Variation de 1 à 2 mmol/L/h
DEC	**-NaCl à 9 pour mille** -Volume à perfuser : **20 x P x (Ht-0,45)/0,45** -Rythme : 50% du déficit en 4 h 50% restant sur 20 h
Déshydratation globale	**-NaCl à 9 pour mille** -Volume à perfuser : 60 x P x (Na-140)/140

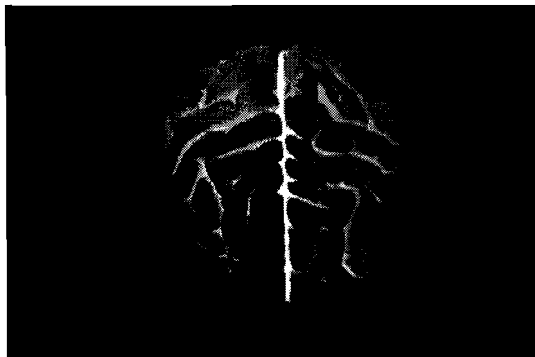
(risque de correction d'une DIC : œdème cérébral)

III-REGLES D'HYDRATATION D'UN PATIENT

1-Besoins de **base :** 1500mL/j (25 à 35 mL/kg/j)
2-Besoins par rapport à la **fièvre :** 300 mL/1 degré de T
3-Besoins par rapport aux **pertes** : vomissements, diarrhées
4-Besoins **en fonction de l'état IC et EC**



NEUROLOGIE



SCLEROSE EN PLAQUES

TRAITEMENT DE LA POUSSEE / TRAITEMENT DE FOND
Traitement de la poussée : repos ; arrêt des facteurs favorisants (fièvre) ; corticothérapie IV
Traitement de fond : interféron β, si > 2 poussées en 2 ans/dès la 1ère poussée ? ; éviter les facteurs favorisants : chaleur, stress, post-partum
INTERFERON-β
Indication : > 2 poussées en 2 ans/dès la 1ère poussée ?
Effets secondaires : sd pseudo-grippal
Baisse le taux de poussées (-30%) ; baisse l'évolution vers la phase d'état ; ralentit l'évolution vers le handicap neurologique

I-TRAITEMENT DE LA POUSSEE / TRAITEMENT DE FOND

Traitement de la poussée	1-Mise en condition : -Hospitalisation (non systématique) -**Repos** -Arrêt des **facteurs favorisants** (stress, **fièvre)** 2-**ECBU** en pré-thérapeutique (éliminer une IU) 3-**Corticothérapie IV** -3 Bolus de Solumédrol® de 1 g (J1, J3, J5) -Régime sans sel, K+, pansement gastrique -Réduit la durée de la poussée 4-**Surveillance** clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement 5-Mise en place du traitement de fond
Traitement de fond	1-Traitement spécifique : -**Interféron β** (Avonex® SC) **-Si > 2 poussées en 2 ans/dès la 1ère poussée ?** 2-Traitement symptomatique : -**Antispastiques :** dantrolène (Dantrium®) -Troubles **sphinctériens** : rééducation vésicale, BUD, anticholinergique si miction impérieuse, α-bloquant si rétention vésicale, auto-sondage -Prévention des **infections urinaires :** diurèse, acidification par vit C 3-Education pour éviter les **facteurs favorisants :** **-Chaleur, stress, post-partum** 4-Prise en charge **psycho-sociale :** -Soutien psychologique -Prise en charge à 100% 5-**Surveillance** clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement

II-INTERFERON-β

Indication	**> 2 poussées en 2 ans/dès la 1ère poussée ?**
Effets secondaires	1-Asthénie, **sd pseudo-grippal** 2-Réaction locale 3-Dépression 4-Toxicité hépatique
Mode d'action	1-Baisse la présentation des antigènes 2-Baisse la prolifération des lymphocytes T 3-Baisse la migration cellulaire à travers la BHE 4-Baisse la sécrétion cytokines pro-inflammatoires 5-Augmente la sécrétion cytokines anti-inflammatoires
Effets cliniques et radiologiques	1-**Baisse le taux de poussées (-30%)** 2-**Baisse l'évolution vers la phase d'état** 3-**Ralentit l'évolution vers le handicap neurologique** 4-Ralentit l'apparition de nouvelles lésions IRM

SYNDROME DE GUILLAIN-BARRE

1-Mise en condition

Urgence
Hospitalisation en **réa**nimation (en fonction de la clinique)
Arrêt de l'alimentation orale, sonde naso-gastrique
Scope cardio-tensionnel (si sd dysautonomique)

2-Traitement spécifique (si formes graves)

Plasmaphérèse
Immunoglobulines polyvalentes IV

3-Traitement symptomatique

Soins oculaires si paralysie faciale
Anticoagulation préventive (curative si marche impossible)
Nursing
Prévention de l'ulcère de stress
Kinésithérapie
Intubation ventilation assistée si nécessaire
Atropine si bradycardie

4-Surveillance clinique pluriquotidienne de l'évolution

Pouls, TA, T°, scope, mollets
Fonction **ventilatoire :** peak flow, FR, ampliation, toux, apnée
Recherche trouble de la **déglutition**
Surveillance oculaire
Testing musculaire

5-Transfert en réa si :

Détresse respiratoire (EP ou paralysie muscles respiratoires)
Troubles de déglutition
Dysautonomie (hypoTA, bradycardie)
Extension rapide du déficit

MYASTHENIE

Anticholinestérasique
Education
Médicaments contre-indiqués : curare, BZD, myorelaxant, quinidinique, aminoside ; crise myasthénique

1-Traitement symptomatique

- **Anticholinestérasique** d'action longue (Mestinon®)
- Per os à jeun, augmentation progressive
- Surveiller les effets nicotiniques et muscariniques

2-Traitement spécifique

- Corticothérapie
- Thymectomie (après traitement par anticholinestérasique)
- Immunosuppresseurs
- Plasmaphérèse

3-Education

- Carte
- Médicaments **contre-indiqués : curare, BZD, myorelaxant, quinidinique, aminoside**
- Signes de **crise myasthénique** aiguë (phonation, déglutition, respiration) et conduite à tenir en urgence
- Signes de surdosage anticholinestérasique : nicotinique et muscarinique

4-Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement

NB : Mise au point sur les anticholinestérasiques :

Type	***Voie***	***Indications***
Mestinon®	*PO*	*Myasthénie*
Prostigmine®	*IV*	*Crise myasthénique*

MALADIE DE PARKINSON

TRAITEMENT DE FOND
L-Dopa + Inb périphérique Dopadécarboxylase= Modopar® LP (+ Motilium®)
Traitements associés : kiné

L-DOPA
Contre-indications : UGD ; cardiaque ; neuro ; mélanome malin ; GAF
Bilan pré-thérapeutique : ECG, Rx de thorax ; NFS, plaquettes
Effets secondaires : fluctuation d'activité ; nausée, hypotension orthostatique

I-TRAITEMENT DE FOND

1-Traitement symptomatique substitutif

Type de traitement	Règles d'administration	Indications
L-Dopa + Inb périphérique Dopadécarboxylase (+ Motilium®)	-**Modopar® LP** -Doses progressives -En l'absence de **CI** -**Après bilan** pré-thérapeutique	-**Forme akinétique > 70 ans**
Agoniste dopaminergique (+ Motilium®)	-Trivastal® -En l'absence de CI cardiovasculaire	-Forme akinétique < 70 ans -Forme tremblante
Anticholinergique	-Lepticur®	-Forme tremblante -CI personnes âgées
IMAO B	-Déprényl®	-Forme akinétique < 70 ans -Epargne de L-Dopa

2-Traitements associés
- **Kiné**sithérapie
- Orthophonie
- Antidépresseur si nécessaire

3-Prise en charge psycho-sociale
- Education :
  - **Ne pas arrêter brutalement** le traitement
  - Prise à heures régulières (surtout au stade fluctuant)
- Soutien psychologique
- Prise en charge à 100%

4-Surveillance clinique du traitement
- Tolérance : nausée, dyskinésie, hypotension orthostatique
- Efficacité : akinésie, tremblement, hypertonie extra-pyramidale
- Psychologique

II-L-DOPA

Contre-indications	1-Gastro : **UGD** en évolution 2-**Cardiaque :** insuffisance cardiaque, IDM, TDR 3-**Neuro** : confusion, démence 4-Cutané : **mélanome malin** 5-Ophtalmo : **GAF**
Bilan pré-thérapeutique	1-Clinique : -TA debout et couché, auscultation cardiaque -Examen cutané, ophtalmo 2-Paraclinique : -**ECG, Rx de thorax** -**NFS, plaquettes** -FOGD si UGD récent
Effets secondaires	1-Central : -**Fluctuation d'activité** (après plusieurs années) -Dyskinésie -Confusion 2-Périphérique : -**Nausée** -**Hypotension orthostatique** -TDR

EPILEPSIE / CONVULSION

TRAITEMENT DE FOND D'UNE EPILEPSIE GENERALISEE IDIOPATHIQUE
Traitement anti-épileptique : > 2 crises ; monothérapie ; dépakine chrono 500® ; contraception
Education : arrêt des facteurs favorisants ; ne jamais arrêter brutalement le traitement
Contre indications à certains sports ; professions
EPILEPSIE / ANTIEPILEPTIQUE ET GROSSESSE
Complications : augmentation des crises ; spina bifida ; cardiaque
Conduite à tenir : informer, contraception ; programmer la grossesse à distance d'une poussée ; Dépakine® : monothérapie ; vit B9, vit K ; α-FP, cholinestérase, dépakinémie, échographie fœtale
DEPAKINE®
Ordonnance : Dépakine chrono 500®, contraception ; TP, fibrinogène, BHC, NFS, dépakinémie
Effet secondaire : hépatite cytolytique +++
TEGRETOL®
Ordonnance : Tégrétol LP® 200 mg, contraception ; TP, fibrinogène, BHC, NFS plq, Iono, tégrétolémie
Effet secondaire : induction enzymatique
CRISE COMITIALE
LVAS, canule de Guédel ; Rivotril® IVL ; appel du 15 ; traitement étiologique
ETAT DE MAL TONICOCLONIQUE
Urgence vitale, transfert médicalisé ; LVAS ; Diazépam, Phénytoïne ; si échec : 20 min : Phénobarbital ; 40 min : Thiopental

I-TRAITEMENT DE FOND D'UNE EPILEPSIE GENERALISEE IDIOPATHIQUE

1-Traitement anti-épileptique
- Indications : **> 2 crises**
- En **monothérapie** (bithérapie si échec)
- **Dépakine chrono 500®** (valproate de sodium)
- En l'absence de CI (hépatopathies)
- A doses progressives jusqu'à une dose minimale efficace
- Sous **contraception**

2-Education du patient
- Limiter les **facteurs favorisants :** sommeil, alcool, stress...
- **Ne jamais arrêter brutalement le traitement**
- Prévoir une grossesse
- Eviter certains **sports :** plongeur, alpinisme...
- **Professions** à risque : pilote, chauffeur poids lourds, échafaudage
- Pas de conduite avant 6 mois sans crise
- Carte

3-Surveillance clinique et paraclinique du traitement
- Tolérance : clinique, dépakinémie (initiale), TP, fibrinogène, BHC, NFS
- Efficacité : clinique, EEG

II-EPILEPSIE / ANTIEPILEPTIQUE ET GROSSESSE

Complications	1-Mère : augmentation du nombre de **crises** 2-Fœtus : **spina bifida,** fente labio-palatine, dysmorphie, malformation **cardiaque**
Conduite à tenir	1-**Informer** la patiente, **contraception** sous antiépileptique 2-**Programmer** la grossesse **à distance d'une poussée** 3-Choisir **Dépakine® : monothérapie**, dose minimale efficace 4-Supplémentation vitaminique : **-Vit B9** **-Vit K** -Vit D 5-Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement -Clinique -Biologique : **α-FP, cholinestérase, dépakinémie** -Morphologique : **échographie fœtale** régulière

III-DEPAKINE® / TEGRETOL®

	Dépakine® (valproate de sodium)	**Tégrétol®** (carbamazépine)
Ordonnances	-**Dépakine chrono 500®** -2 prises avant repas -Posologie : 1 cp, 1 s 2 cp, 1 s 3 cp, 2 s -Consultation à 1 mois -**Contraception** (selon)	-**Tégrétol LP® 200 mg** -2 prises matin et soir -Posologie : 1/2 cp mat/soir, 1 s 1 cp mat/soir, 1 s 2 cp mat/soir, 2 s -Consultation à 1 mois -**Contraception**
	Faire pratiquer : -A 15 j : TP, fibrinogène, BHC, NFS -A 1 mois : **TP, fibrinogène, BHC, NFS, dépakinémie**	Faire pratiquer : -A 15 j : TP, fibrinogène, BHC, NFS plq, iono -A 1 mois : TP, **fibrinogène, BHC, NFS plq, iono, tégrétolémie**
Effets secondaires	**1-Hépatite cytolytique +++** 2-Confusion 3-Digestif 4-Poids 5-Tremblements 6-Thrombopénie	1-**Induction enzymatique** 2-Toxidermie 3-Hépatite cholestatique 4-Digestif 5-Cardiaque

IV-CRISE COMITIALE / ETAT DE MAL TONICOCLONIQUE

Crise comitiale	1-Mise en condition : -Urgence -Extraire d'un contexte à risque -PLS, **LVAS, canule de Guédel** 2-Traitement anti-convulsivant (à 0 min, à 15 min, si échec) : -**Rivotril® IVL** (1 amp de 1 mg en 2 min) 3-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement 4-Appel du **15** selon la durée de la crise pour transport médicalisé en urgence 5-Traitement **étiologique**
Etat de mal	1-Mise en condition : -**Urgence vitale, transfert médicalisé** -Hospitalisation en réanimation -**LVAS,** oxygénothérapie, ± intubation ventilation -2 VVP -Monitorage cardio-respiratoire -Rééquilibration hydro-électrolytique (sérum phy + glucosé) 2-Traitement anti-convulsivant initial : -**Diazépam** 10 mg en 3 min -**Phénytoïne** 20 mg/kg sans dépasser 50 mg/min 3-si **échec :** -**20 min : phénobarbital** 20 mg/kg sans dépasser 100 mg/min -**40 min : thiopental** 5 mg/kg en bolus, puis 5 mg/kg/h (intubation + scope) 4-Traitement étiologique 5-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

COMA NON-TRAUMATIQUE

SAMU
Pré-hospitalier : LVAS ; IV :G30, Narcan®, Anexate®
Hospitalier : traitement étiologique

Pré-hospitalier	1-Urgence vitale 2-**LVAS** 3-Antidotes **IV : G30, Narcan®, Anexate®** (selon la situation clinique) 4-Appel du **SAMU** 5-Surveillance clinique
Hospitalier	1-Mise en condition : -Urgence vitale -± Hospitalisation en réanimation -LVAS, voire intubation ventilation -1 vvp, correction d'un éventuel choc -Sonde gastrique, sonde vésicale 2-Antidotes IV : G30, Narcan®, Anexate® (sinon réalisés selon la situation clinique) 3-Traitement **étiologique** fonction du bilan 4-Traitement préventif associé : -HBPM, nursing -Kinésithérapie -Prévention de l'ulcère de stress -Prévention des complications oculaires 5-Surveillance

HYPERTENSION INTRACRANIENNE

Mise en condition : LVAS, position 1/2 assise, restriction hydrique
Traitement anti-œdémateux symptomatique
Traitement étiologique

1-Mise en condition
- Urgence vitale
- **LVAS**
- **Position 1/2 assise**
- **Restriction hydrique**

2-Traitement anti-œdémateux symptomatique (en fonction de l'étiologie)
- Mannitol 20% IV
- Corticothérapie IV (+ mesures associées)

3-Traitement étiologique

4-Surveillance des complications
- A court terme : engagement amygdalien cérébelleux et engagement temporal
- A long terme : cécité par atrophie optique

PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE

Protection oculaire +++
Traitement étiologique
Corticothérapie per os (+ mesures associées) si PF a frigore
Aciclovir systématique pour certains
Kinésithérapie

1-Protection oculaire +++
- Cache oculaire
- Lunettes sombres
- Occlusion palpébrale nocturne
- Gouttes

2-Traitement étiologique
3-Corticothérapie per os (+ mesures associées) si PF a frigore
4-Aciclovir systématique pour certains
5-Kinésithérapie
6-Surveillance des complications (oculaire, syncinésie faciale, hémispasme facial, parésie faciale, sd. des larmes de crocodile)

MIGRAINE / NEVRALGIE DU TRIJUMEAU

MIGRAINE :
Antalgiques dès la fin de l'aura
Aigue : sumatriptan (Imigrane®)
Chronique : -β-bloquants : Avlocardyl® (+++), amitryptilline : Laroxyl® (+++)
NEVRALGIE DU TRIJUMEAU :
Tégrétol® (carbamazépine)

Migraine	Crises : 1-Motilium® en cas de vomissements 2-**Antalgiques dès la fin de l'aura** (pour triptans), hors CI, avec **précautions d'emploi**, répété si besoin à 20 min, par ordre croissant : -Doliprane® (paracétamol) -AINS -**Sumatriptan (Imigrane®)** (2ème intention) -Gynergène caféiné® (tartrate d'ergotamine)
	Traitement de fond : 1-**Traitement spécifique à la demande du patient** (si > 4 crises/mois, échec du traitement, retentissement socioprofessionnel) **-β-bloquants : Avlocardyl® (+++)** **-Amitryptilline : Laroxyl® (+++)** -Dihydroergotamine : Séglor® -Anti-sérotoninergique : Sanmigran® -Anti-sérotoninergique plus puissant : . Méthysergide® (fibrose rétro-péritonéale) 2-**Eviction des facteurs favorisants** (stress, aliments, règles...) 3-Prise en charge **psychologique :** -Soutien psychologique -Relaxation 4-Surveillance
Névralgie du trijumeau	1-Traitement antalgique symptomatique 2-Traitement étiologique : **-Tégrétol® (carbamazépine)** -Per os 3-Si NT essentielle : -Thermocoagulation percutané du ganglion de Gasser -Décompression vasculaire si affirmée par l'angio-IRM 4-Surveillance

HEMORRAGIE MENINGEE

Urgence
Nimotop® (inb calcique) IV
Radiologie interventionnelle : pose d'un coïl par voie endo-vasculaire
Neurochirurgical : exclusion de l'anévrysme par pose d'un clip au collet

1-Mise en condition

Urgence
Hospitalisation en neurochirurgie
1vvp
Repos à jeun

2-Traitement médical

Nimotop® (inb calcique) IV
Loxen® (antihypertenseur) IV si Tas > 150 mmHg
Doliprane® (antalgique)
Ranitidine® (prévention de l'ulcère de stress)
Dépakine® (anticonvulsivant si convulsions)
Antiémétiques

3-Mesures associées

Lutte contre HTIC
Kiné, nursing
Bas de contention

4-Traitement spécifique

Radiologie interventionnelle : pose d'un coïl par voie endo-vasculaire
Neurochirurgical : exclusion de l'anévrysme par pose d'un clip au collet, évacuation d'un hématome, dérivation d'une hydrocéphalie obstructive

5-Surveillance

HEMATOME EXTRA-DURAL POST-TRAUMATIQUE

Arrêt d'un anticoagulant
Traitement neurochirurgical : décompression par évacuation de l'hématome

1-Mise en condition
- Urgence
- Hospitalisation en neurochirurgie
- **Arrêt d'un anticoagulant**
- A jeun
- Repos 1/2 assis, oxygène

2-Traitement neurochirurgical
- Parage d'une plaie éventuelle
- Volet osseux
- Décompression par évacuation de l'hématome
- Hémostase locale
- Drainage
- Mise en suspension de la dure-mère pour éviter les récidives

3-Traitement médical
- Antihypertenseur en fonction de la TA
- Anti-œdémateux
- **Antiépileptique**
- Antalgique
- **Antibioprophylaxie et SAT-VAT en fonction de la plaie**

4-Surveillance

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

AVC ISCHEMIQUE
Repos 1/2 assis
Traitement symptomatique immédiat : antiagrégants plaquettaires ; héparine non fractionnée ; thrombolyse
Traitement étiologique éventuel au décours : cardiopathie emboligène ; sténose carotidienne
AVC HEMORRAGIQUE
Arrêt d'un traitement antiagrégant ou anticoagulant
Traitement étiologique à distance
Traitement préventif : TA +++
LACUNES ET THROMBOPHLEBITE, QUELQUES PRECISIONS
Lacunes cérébrales : antiagrégant plaquettaire ; PAS héparine ; TA +++
Thrombophlébite : héparine NF ; lutte contre l'HTIC ; anticonvulsivant

I-AVC ISCHEMIQUE

1-Mise en condition

Urgence
Hospitalisation en neurologie
Repos 1/2 assis, arrêt de l'alimentation orale (si trouble de la déglutition)
1 vvp, sérum phy
LVAS

2-Traitement symptomatique immédiat

Traitement anti-thrombotique en aigu (après scanner !!!)

Choix parmi	Indications	Contre-indications
Antiagrégants plaquettaires	-Systématiques sauf si HNF ou thrombolyse	-HNF -Thrombolyse
Héparine non fractionnée	-AIT répétitifs -Cardiopathies emboligènes -Dissection des vx extra-crâniens -Thrombophlébite cérébrale	**-Infarctus massif (> 1/3)** -HTA non contrôlée -Conscience altérée -TPAI à l'héparine -Lacunes
Thrombolyse	-Avant la 3ème heure, chez un sujet entre 18 et 85 ans	-Cf.

Antihypertenseur si TAs > 220 mmHg (progressif !!!)
Antipyrétiques si fièvre
Oxygénothérapie
Ttt hyperglycémie
Prévention ulcère de stress

3-Traitement étiologique éventuel au décours

Etiologie	Indications	*Traitement*
Cardiopathie emboligène	cf.	cf.
Sténose carotidienne	> 70% + Symptomatique	-Après coronarographie -Après artériographie des TSA -Endartériectomie de la carotide interne -Antiagrégants plaquettaires -Facteurs de risque cardiovasculaires

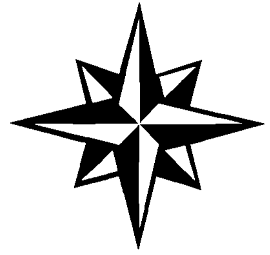
4-Traitement préventif de la récidive d'AVC
Facteurs de risque cardiovasculaires
Antiagrégants au long cours
Prévention des complications de décubitus, nursing
Kinésithérapie

5-Surveillance

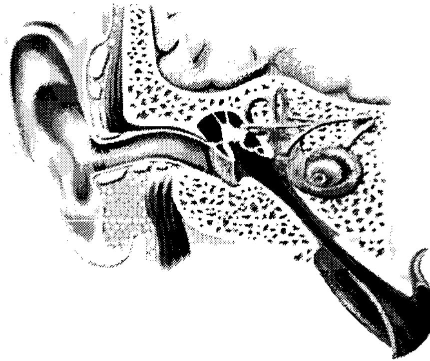
II-AVC HEMORRAGIQUE
1-Mise en condition
Urgence
Hospitalisation en neurologie
Arrêt d'un traitement antiagrégant ou anticoagulant
Repos 1/2 assis, arrêt de l'alimentation orale
1 vvp, restriction hydrique
LVAS
2-Traitement symptomatique immédiat
Loxen® en fonction de la TA (progressif !!!)
Mannitol à visée anti-œdémateuse si HTIC
Dépakine® si convulsion
3-Traitement étiologique à distance
4-Traitement préventif
Facteurs de risque cardiovasculaires **(TA +++)**
Antiagrégants au long-cour
Prévention des complications de décubitus, nursing
Kinésithérapie

III-LACUNES ET THROMBOPHLEBITE, QUELQUES PRECISIONS

Lacunes cérébrales	Phase aiguë : -Idem AVC ischémique **-Antiagrégant plaquettaire** **-PAS héparine** -Contrôle de la TA **(+++)**
	Préventif : -Contrôle de l'HTA -Antiagrégant plaquettaire
Thrombophlébite	1-**Héparine NF**/relais AVK 2-**Lutte contre l'HTIC** 3-**Anticonvulsivant** 4-Traitement étiologique : -Arrêt contraception OP -Traiter un lupus 5-Arrêt de l'allaitement si post-partum (AVK)



ORL



ANGINES

ANGINE ERYTHEMATO-PULTACEE
Streptotest
Phlegmon amygdalien : incision-drainage
TRAITEMENT CHIRURGICAL
Autorisation parentale
Indiquée si : angine répétée(>3/an) , obstruction des VAS, syndrome post-streptococcique

I-ANGINE ERYTHEMATO-PULTACEE

Streptotest négatif	1-Traitement **symptomatique :** -Antipyrétiques, antalgiques -Soins locaux pharyngés par désinfectant (Locabiotal®) 2-Surveillance clinique
Streptotest positif	1-Traitement **symptomatique :** -Antipyrétiques, antalgiques -Soins locaux pharyngés par désinfectant (Locabiotal®) 2-Traitement curatif : antibiothérapie : -Péni V : **amoxicilline 1 g x 2/j 6 jours** -Si CI : macrolides 3-Surveillance clinique
Phlegmon amygdalien	1-Hospitalisation 2-Antibiothérapie (Augmentin®) 3-**Incision-drainage** 4-Amygdalectomie à distance (après 2 phlegmons)

II-TRAITEMENT CHIRURGICAL

Indications	-Angines à répétition (> 3/an) -Amygdalite chronique -Syndrome post-streptococcique -Obstruction des VAS (enfant)
Traitement	-Après bilan pré-opératoire, sous AG -**Autorisation parentale** d'opérer (signée et datée) -Amygdalectomie bilatérale en dissection -Antalgiques -Régime post-opératoire 10 j

SINUSITES

SINUSITE MAXILLAIRE
Antibiothérapie : Augmentin®
Anti-inflammatoires : corticoïdes 5 j si sinusite bloquée
SINUSITE MAXILLAIRE DENTAIRE
1er épisode : traitement étiologique ; soins conservateurs ; avulsion
Récidives : méatotomie moyenne
ETHMOIDITE
urgence, hospitalisation, accord parental
C3G + fosfomycine + aminosides
Drainage chirurgical si collection suppurée intra-orbitaire

I-SINUSITE MAXILLAIRE

1-Antibiothérapie : **Augmentin®** 10 j (Pyostacine® si allergie)

2-Anti-inflammatoires : corticoïdes 5 j si sinusite bloquée

3-Antalgiques et antipyrétiques

4-Soins locaux
Désinfection rhinopharyngée
Vasoconstricteurs nasaux + corticoïdes locaux (Déturgylone®)

5-Si blocage sinusien
Ponction du sinus maxillaire (+ bactério)
Corticoïdes

6-Surveillance clinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement

II-SINUSITE MAXILLAIRE DENTAIRE

1er épisode	1-Traitement **étiologique :** -**Soins conservateurs** (pulpectomie/soins canalaires) -**Avulsion** 2-Traitement classique de la sinusite maxillaire
Récidives	-**Méatotomie moyenne (endo-nasale)** -**Drainage du sinus** sur drains d'Albertini (rare, en réanimation) -Lavage des fosses nasales au sérum physiologique -Antibiothérapie adaptée au germe

III-ETHMOIDITE

1-Mise en condition
Urgence médicale
Hospitalisation
Accord parental

2-Traitement médical
Antibiothérapie :
Après prélèvement endo-nasal ± hémocultures
Triple : **C3G + fosfomycine + aminosides**
IVSE puis relais
Durée de 15 j
Antalgique/antipyrétique

3-Drainage chirurgical si collection suppurée intra-orbitaire

4-Traitement local
Nasal : désinfection rhinopharyngée
Oculaire : gouttes antibiotiques

5-Surveillance : ophtalmo et neuro +++

OTITES

<u>OTITE MOYENNE AIGUE</u>
Traitement général : Augmentin® 10 j ; antalgiques, antipyrétiques
Paracentèse selon indications
<u>OTITE CHOLESTEATOMATEUSE</u>
Traitement chirurgical : mastoïdectomie, tympanoplastie, examen histologique et bactériologique

I-OTITE MOYENNE AIGUE

1-Traitement général

Augmentin® 10 j (Pédiazole® si allergie)
Antalgiques, antipyrétiques

2-Traitement local

Désinfection rhinopharyngée

3-Paracentèse selon indications : (étude bactério)

Indications	-Otite hyperalgique ou hyperthermique -Age < 3 m -Complications : mastoïdite, labyrinthite, paralysie faciale -Echec du traitement antibiotique -Immunodéprimé
Méthodes	-Stérilement -Dans le cadran ant-inférieur de la pars tensa

4-Traitement des complications

5-Surveillance clinique

II-OTITE CHOLESTEATOMATEUSE

1-Traitement chirurgical

Tympanoplastie ouverte ou fermée
Exploration de la caisse du tympan
Mastoïdectomie
Cure d'une fistule labyrinthique
Examen histologique(+/- bactériologique)

2-Soins oculaires en cas de paralysie faciale

3-Traitement de l'infection (si surinfection)

Antibiotiques IV (surinfection)
Antibiotiques locaux
± Corticoïdes IV

4-Surveillance clinique et paraclinique (otoscopie + TDM)

TUMEUR EN ORL

<u>TUMEURS DE L'OROPHARYNX ET DU LARYNX</u>
Mesures préalables : traitement des foyers infectieux dentaires, gouttière fluorée, arrêt du tabac, hygiène, renutrition
Traitement curatif : chirurgie + anapath ; radiothérapie externe
<u>TUMEUR DU RHINOPHARYNX</u>
Radiothérapie externe
Chirurgie des reliquats ganglionnaires
Sérologie EBV +++ (au départ)

I-TUMEURS DE L'OROPHARYNX ET DU LARYNX

Mesures préalables	1-**Traitement des foyers infectieux dentaires :** -Détartrage -Extraction dentaire -**Gouttière fluorée** 2-**Arrêt du tabac** et de l'alcool 3-**Hygiène** bucco-dentaire **4-Renutrition**
Traitement curatif : **Chirurgie** **+** **radiothérapie**	1-Traitement **chirurgical curatif :** -Laryngectomie (larynx) ou pharyngo-laryngectomie (pharynx) : .Partielle si T1 ou T2 .Totale si T3 ou T4 -Evidemment ganglionnaire : .Fonctionnel si N0 ou **N1** .Radical si **N2** ou N3 -Extemporané et **anapath** définitive -Trachéostomie définitive (si totale) -Reconstruction secondaire 2-**Radiothérapie externe :** -Sur zone tumorale -Sur ganglions
Mesures post-opératoires	1-Surveillance à vie 2-Rééducation spécifique : **-Phonation et déglutition** **-Par kiné et orthophoniste** 3-Soutien **psychologique**

II-EFFETS SECONDAIRES DE LA RADIOTHERAPIE
Radiodermite
Radiomucite
Xérostomie
Ostéo-radionécrose
Candidose buccale
Œdème laryngé ou cervical
Sclérose cutanée et sous-cutanée
Hypothyroïdie

III-TUMEUR DU RHINOPHARYNX
1-Radiothérapie externe
Champs tumoral
Aires ganglionnaires

2-Chirurgie des reliquats ganglionnaires

3-Surveillance à vie
Clinique
TDM
Sérologie EBV +++ (au départ)

PRESBYACCOUSIE

Médical : arrêt de facteurs aggravants
Prothétique : ORL ; si perte moyenne > 30 dB ; à la demande ; contour d'oreille ou dispositif intra-auriculaire

Médical	-**Arrêt de facteurs aggravants** -Médicaments pouvant être utilisés : .Trivastal® (agoniste dopaminergique) .Vastarel® (anti-ischémique tissulaire) .Tanakan®
Orthophonique	-Essentiel -Rééducation auditive avec prothèse : .Apprentissage .Lecture labiale
Prothétique	-Prescrit par un spécialiste **ORL** -Après bilan : .Clinique (examen otologique, otoscopie, acoumétrie) .Paraclinique (audiométrie tonale et vocale) .**Si perte moyenne > 30 dB** sur 500, 1 000, 2 000 et 4 000 Hz .Selon la gêne et la **demande** .Avec un bon **environnement** social et familial -Choix du type d'appareillage : .Age .Importance de la surdité .Capacité cognitive -Type d'appareillage : **.Contour d'oreille** **.Dispositif intra-auriculaire**

EPISTAXIS

Traitement d'un éventuel choc hypovolémique
Faire cesser l'épistaxis ; moucher, compression bidigitale ; méchage antérieur ; pose d'une sonde à double ballonnet ; embolisation sélective ; traitement chirurgical
Traitement étiologique au décours

1-Mise en condition

Repos, 1/2 assis, tête en avant
Discuter l'arrêt d'un traitement anticoagulant
Anxiolytiques si besoin

2-Traitement d'un éventuel choc hypovolémique

3-Faire cesser l'épistaxis

A-Faire **moucher, compression bidigitale**

B-**Méchage antérieur** :
- Par mèches auto-résorbables (Surgicel®) si trouble de la coagulation
- Antibiothérapie et antalgiques

C-**Pose d'une sonde à double ballonnet**

D-**Embolisation sélective** :
- En radiologie interventionnelle
- Art sphénoïdale et faciale

E-**Traitement chirurgical** :
- Coagulation artérielle spécifique par voie endonasale
- **Ligature** artérielle des artères sphénopalatines
- Si échec, ligature des artères ethmoïdales

4-Traitement étiologique au décours

DYSPHONIE PAR NODULE DE CORDE VOCALE

Orthophonie, repos vocal
Traitement chirurgical si échec orthophonie : laryngoscopie directe en suspension ; exérèse complète ; examen histologique
Mesures post-opératoires : repos vocal ; aérosol antalgique, rééducation orthophonique

1-Traitement chirurgical si échec orthophonie
- Sous AG, après bilan pré-opératoire
- **Laryngoscopie directe en suspension**
- Microchirurgie laryngée
- **Exérèse complète**
- Examen **histologique** extemporané

2-Mesures post-opératoires
- **Repos vocal** post-opératoire
- Arrêt de travail si professionnel de la voix
- **Aérosol antalgique**

3-Rééducation orthophonique

4-Surveillance
- Clinique
- Endoscopique

VERTIGES

TRAITEMENT DE LA PHASE AIGUE
Tanganyl® + Valium® + Primpéran®
Rééducation vestibulaire précoce si névrite
MALADIE DE MENIERE
Prsie en charge psychologique, Serc®

I-TRAITEMENT DE LA PHASE AIGUE

1-Mise en condition

Repos au lit
Au calme
Dans l'obscurité
Hospitalisation si vomissements +++, station debout impossible ou isolement social

2-Traitement médical : (IV si vomissements)

Anxiolytique : diazépam (Valium®)
Anti-vertigineux : acétyl-D-leucine (Tanganyl®)
Anti-émétique : métoclopramide (Primpéran®)

3-Traitement étiologique

4-Rééducation vestibulaire précoce (si névrite vestibulaire)

II-MALADIE DE MENIERE

1-Prise en charge du terrain

Soutien psychologique
Règles hygiéno-diététiques (régime équilibré et peu salé)
Sédatif si anxiété majeure

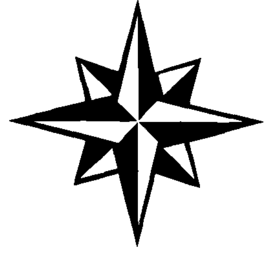
2-Traitement médical spécifique

Serc® (bétahistine)
Esidrex® (diurétique)

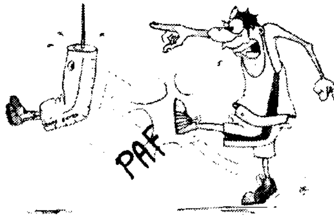
3-Dans les cas invalidants

Neurectomie vestibulaire
Labyrintectomie chimique (aminoside)
Décompression chirurgicale du sac endolymphatique

4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement



ORTHOPEDIE



FRACTURE DE L'EXTREMITE INFERIEURE DU RADIUS

Réduction
Contention :
Réduction stable = orthopédique : plâtre brachio-antébrachio-palmaire ; 45 j
Réduction instable = chirurgicale : ostéosynthèse ; brochage percutané ; 6 sem
Kinésithérapie

1-Mise en condition

2-Réduction

Sous AG, au bloc opératoire, sous amplificateur de brillance
Réduction par manœuvres externes
Contrôle radiographique

3-Contention

Réduction stable = Orthopédique	**Réduction instable = Chirurgicale**
1-Contention orthopédique 2-**Plâtre brachio-antébrachio-palmaire** 3-Durée : **45 j** 4-Surveillance **radio** : -A J0, J2, J8, J15, J21 -A l'ablation du plâtre	1-Contention chirurgicale 2-**Ostéosynthèse** par : -**Brochage percutané** si déplacement post -Plaque console ant si déplacement ant -Fixateur externe si fracture comminutive ou lésions cutanés 3-Plâtre brachio-antébrachio-palmaire 4-Durée : **6 sem** (ablation plâtre + broches)

4-Mesures associées

Antalgiques-AINS
Surélévation du membre supérieur
Education sur plâtre (cf.)

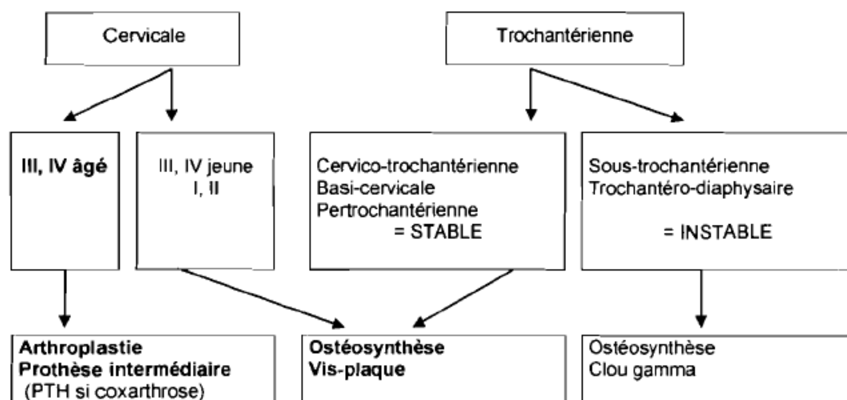
5-Kinésithérapie à l'ablation (douce + indolore + prolongée)

6-Surveillance clinique et radiologique

FRACTURE DE L'EXTREMITE SUPERIEURE DU FEMUR

Arthroplastie :, prothèse intermédiaire, appui précoce ; HBPM
Ostéosynthèse par vis-plaque : ostéosynthèse à foyer ouvert, vis-plaque compression ; HBPM

I-INDICATIONS DE TRAITEMENT



II-TYPES DE TRAITEMENT

Arthroplastie	**Ostéosynthèse par vis-plaque**
1-Mise en condition : -Urgence (< 6 h), hospitalisation -**Mise en traction** et antalgiques -**A jeun** et bilan pré-opératoire -Sous AG, au bloc opératoire -Sur table orthopédique, sous amplificateur de brillance	
2-Traitement chirurgical orthopédique : **-Arthroplastie** **-Prothèse intermédiaire** -Ou PTH en cas de coxarthrose 3-Reprise de l'**appui précoce**	2-Traitement chirurgical orthopédique : **-Réduction si stade III ou IV** **-Ostéosynthèse à foyer ouvert** **-Vis-plaque compression** 3-Reprise de l'appui : -Jeune : retardée -Agé : précoce
4-Mesures associées : -Nursing et prévention thrombo-embolique **(HBPM)** -Prévention de la décompensation de tares 5-**Surveillance** clinique et radiologique	

LESIONS MENISCALES DU GENOU

Arthroscopie, ménisectomie partielle
Kinésithérapie

1-Traitement chirurgical curateur
- **Arthroscopie** diagnostique et thérapeutique
- Exploration des structures intra-articulaires
- **Sutures méniscales des désinsertions ménisco-synoviales**
- **Ménisectomie partielle** (essayer d'être conservateur au maximum)

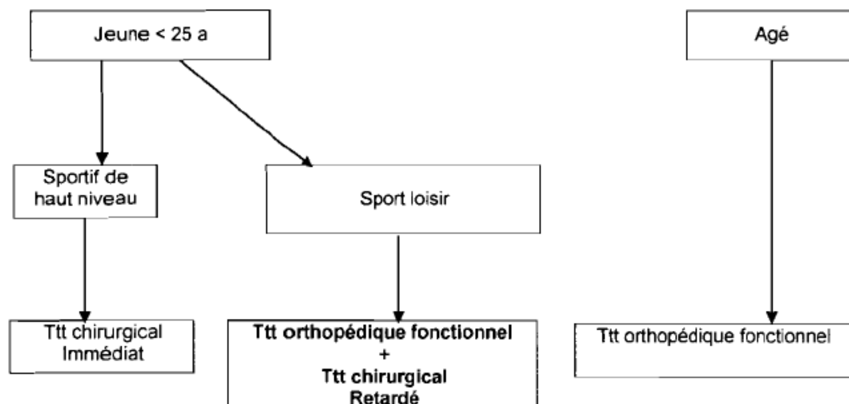
2-Mesures associées
- Appui immédiat autorisé
- Antalgiques
- Prévention thrombo-embolique
- **Arrêt du sport 2 mois**

3-Kinésithérapie

LESIONS LIGAMENTAIRES DU GENOU

RUPTURE DU LCA
Orthopédique : antalgique-AINS ; attelle amovible
Chirurgical : remplacement du LCA par ligamentoplastie
Rééducation, arrêt du sport 1 an

I-INDICATIONS DANS LA RUPTURE DU LCA (= entorse grave)



(Entorse bénigne : repos + immobilisation + antalgiques + rééducation précoce)
(Rupture d'un LL : immobilisation 6 sem)

II-TYPES DE TRAITEMENT DANS LA RUPTURE DU LCA

Orthopédique	1-Repos 2-**Antalgique-AINS** 3-Cryothérapie 4-Immobilisation du genou -15j -Par **attelle amovible** 5-**Rééducation**
Chirurgical	1-**Remplacement du LCA par ligamentoplastie** 2-Immobilisation post-op (4 sem) + HBPM 3-**Rééducation :** -Précoce et prolongée -Renforcement musculaire, amplitude articulaire -Proprioceptive

Dans tous les cas :
- Arrêt de travail
- **Arrêt du sport 1 an**
- Surveillance clinique

ENTORSE DE LA CHEVILLE

« GREC » → Glace/Repos/Elévation/Contention
Traitement orthopédique : immobilisation : orthèse de contention
Rééducation à distance afin d'éviter les récidives

I-TRAITEMENT D'UNE ENTORSE : « GREC »
→ Glace/Repos/Elévation/Contention

1-Traitement orthopédique : immobilisation
Orthèse de contention
De 1 sem à 1 mois en fonction de la gravité

2-Mesures associées
Repos, antalgiques, cryothérapie
Marche autorisée au décours
Pas de sport durant 1 mois

3-Rééducation à distance afin d'éviter les récidives
Péroniers latéraux (renforcent la stabilité de la cheville)
Proprioceptive
Laxité

4-Surveillance (et recherche d'une laxité chronique)

II-TRAITEMENT D'UNE LAXITE CHRONIQUE

Définition	Définition radiologique : -Face en varus forcé : bâillement tibio-astragalien > 10° -Profil en tiroir ant : déplacement astragalien > 8 mm
Traitement	1-Traitement chirurgical : **ligamentoplastie** 2-**Traitement des facteurs prédisposants** 3-**Rééducation**

POLYTRAUMATISME

Protéger ; alerter ; secourir : hémodynamique, ventilatoire
Axe cranio-rachidien en rectitude ; fractures immobilisées et enveloppées
FRACTURE DE JAMBE
Ouverte : anti-tétanique ; antibiothérapie ; I, II : enclouage centro-médullaire ; III : fixateur externe
Fermée
HBPM ; rééducation

I-PRISE EN CHARGE D'UN POLYTRAUMATISE

Sur les lieux de l'accident	1-Triade de l'accident : -**Protéger** -**Alerter** (15) -**Secourir :** assurer les fonctions vitales : -**Hémodynamique** (MCE) -**Ventilatoire** (LVAS, insufflation) 2-Milieu pré-médicalisé : -Hémodynamique : MCE, hémostase, 2 vvp, macromolécules -Ventilatoire : LVAS, ventilation au masque, IVA
Règles du transport médicalisé	**-Axe cranio-rachidien en rectitude** **-Fractures immobilisées et enveloppées** stérilement -Patient perfusé -Par SAMU -Le plus rapidement possible -Vers un **centre spécialisé prévenu** de son arrivée -Surveillance continue

II-FRACTURE DE JAMBE

1-Traitement spécifique

Ouverte	1-Prévention **antitétanique** 2-**Antibiothérapie** (Augmentin®) 3-Traitement chirurgical (avec parage) -St **I, II : enclouage centro-médullaire** statique à foyer fermé -St **III : fixateur externe** et lambeau de couverture
Fermée	1-Traitement orthopédique : -Plâtre cruro-pédieux 2 à 3 mois (± remplacé par botte plâtrée)
	1-Traitement chirurgical . -Enclouage centro-médullaire statique à foyer fermé

2-Mesures associées

HBPM jusqu'à reprise complète de l'appui
Rééducation du genou et de la cheville

3-Surveillance clinique, radiologique et biologique

TRAUMATISME DE L'EPAULE

FRACTURE DE L'EXTREMITE SUPERIEURE DE L'HUMERUS
Fonctionnel
Orthopédique
Chirurgical : réduction ; ostéosynthèse par broches bi-fasciculées ; contention
Rééducation
DISJONCTION ACROMIO-CLAVICULAIRE
I, II, III non sportif : traitement fonctionnel : immobilisation abaissant la clavicule (3 sem)
III sportif, IV : traitement chirurgical : laçage coraco-claviculaire ; brochage acromio-claviculaire transitoire ; immobilisation de l'épaule (3 sem)
LUXATION GLENO-HUMERALE ANTERO-INTERNE
Phase aiguë :
Déficit du nerf circonflexe ?
Réduction par manœuvre externe : radio de contrôle
Immobilisation coude au corps
Récidivantes :
Capsulo-myorraphie antérieure (bankart) ; butée osseuse coracoïdienne (latarjet)

I-FRACTURE DE L'EXTREMITE SUPERIEURE DE L'HUMERUS

1-Traitement curatif

Type	Indications	Caractéristiques du traitement
Fonctionnel	-Agé + fracture engrenée	Rééducation immédiate
Orthopédique	-Jeune -Agé + fracture non engrenée	-Réduction -Contention par plâtre
Chirurgical	-Jeune -Agé + fracture non engrenée	**-Réduction** **-Ostéosynthèse par broches bi-fasciculées** **-Contention**

2-Rééducation pour limiter l'enraidissement de l'épaule

Dès l'immobilisation : mobilisation de la main et contraction statique du deltoïde
A la fin de l'immobilisation : kiné active et prolongée

3-Surveillance clinique et radiologique

II-DISJONCTION ACROMIO-CLAVICULAIRE

I **II** **III non sportif**	**Traitement fonctionnel**	1-**Immobilisation abaissant la clavicule (3 sem)** 2-Surveillance clinique 3-Rééducation au décours
III sportif **IV**	**Traitement chirurgical**	1-Au bloc opératoire, sous AG, sous amplificateur de brillance 2-Traitement chirurgical orthopédique **-Laçage coraco-claviculaire** **-Brochage acromio-claviculaire transitoire** 3-**Immobilisation de l'épaule (3 sem)** 4-Surveillance clinique et radiologique 5-Rééducation au décours

III-LUXATION GLENO-HUMERALE ANTERO-INTERNE

Phase aiguë	<u>Réduction :</u> 1-Mise en condition : -En urgence -Patient détendu ± pré-médiqué -Aux urgences (si échec = au bloc opératoire) 2-**Information du patient :** **-Déficit du nerf circonflexe ?** -Ou risque de lésion de ce nerf lors de la réduction 3-**Réduction par manœuvre externe :** -Aprés dépistage d'une complication vaso-nerveuse -Traction dans l'axe du bras -Progressive, douce et prolongée **-Radio de contrôle** 4-Immobilisation coude au corps <u>TRAITEMENT symptomatique :</u> 1-**Immobilisation coude au corps** 2-**Antalgiques** + arrêt de travail 3-Rééducation précoce
Récidivantes	1-Traitement chirurgical : **-Capsulo-myorraphie antérieure (Bankart)** **-Butée osseuse coracoïdienne (latarjet)** 2-**Immobilisation post-op** 3-Antalgiques + arrêt de travail 4-Rééducation précoce

PANARIS

<u>Stade inflammatoire :</u>
Porte d'entrée ; SAT-VAT
<u>Stade collecté :</u>
Excision ; antibiothérapie ; porte d'entrée ; SAT-VAT

Stade inflammatoire	**Stade collecté**
1-Traiter l'infection : -Bain antiseptique	1-Traitement chirurgical : -Exploration -**Excision** des tissus nécrosés et des CE -Prélèvements puis lavages -Plaie laissée ouverte -Associé à une **antibiothérapie**
2-Traiter la **porte d'entrée** 3-**SAT-VAT** 4-Correction des facteurs favorisants 5-**Immobilisation courte puis rééducation** 6-**Surveillance** (H48) 7-Arrêt de travail si dans l'alimentation	

PHLEGMONS DES GAINES

Ouverture de la gaine ; lavage associé à :
Purulent : synovectomie
Nécrosé : Excision du tendon nécrosé
Plaie laissée ouverte
Antibiothérapie IV ; SAT-VAT

1-Traitement chirurgical en urgence
AG, garrot pneumatique
Exploration
Excision des tissus nécrosés et des CE
Ouverture de la gaine
Prélèvements puis **lavage**
Selon le stade

Exsudatif	-
Purulent	**Synovectomie**
Nécrosé	Synovectomie **Excision du tendon nécrosé**

Plaie laissée ouverte

2-Lutte contre l'infection
Antibiothérapie IV
Traiter la porte d'entrée
SAT-VAT

3-Correction des facteurs favorisants

4-Immobilisation courte puis rééducation

5-Surveillance (H48)

PLAIES DE LA MAIN

<u>CONDUITE A TENIR EN CAS D'AMPUTATION D'UN DOIGT</u>
Main : surélevée
Segment amputé : linge stérile ; entouré d'un sac de glaçons
Microchirurgie, 6 h
<u>TRAITEMENT D'UNE PLAIE DE LA MAIN</u>
SAT-VAT
Microchirurgie sous loupe= bilan lésionnel ; parage ; fermeture sans tension
Immobilisation courte main surélevée
Rééducation précoce

I-CONDUITE A TENIR EN CAS D'AMPUTATION D'UN DOIGT

1-Main
- **Surélevée**
- Pansement compressif

2-Segment amputé
- Lavé à l'eau stérile
- Dans un **linge stérile**
- **Entouré d'un sac de glaçons**

3-Microchirurgie dans les 6 h

II-TRAITEMENT D'UNE PLAIE DE LA MAIN

1-Traitement médical
- Antibiotiques (selon agent vulnérant et délai de prise en charge)
- **SAT-VAT**

2-Traitement chirurgical : microchirurgie sous loupe (± microscope)
- Exploration et **bilan lésionnel**
- **Parage** (ablation CE et tissus nécrosés)
- Lavage
- Réparation de toutes les lésions
- **Fermeture sans tension**
- Pansement peu compressif

3-Immobilisation courte main surélevée

4-Rééducation précoce des doigts sains puis lésés

BRULURES

-Extinction ; arroser la brûlure, pansement stérile ; SAMU
-Rééquilibration hydro-électrolytique (règle d'Evans), nutrition hyper calorique, hyper protidique (+ vitaminothérapie), équilibre thermique
-SAT-VAT, antalgiques, anticoagulants
-Détersion + bourgeonnement + greffe
Règles d'Evans :
50% macromolécules + 50% électrolytes
2 000 mL + (2 mL x poids x % de surface)

Pré-hospitalier	1-**Extinction** de la flamme et déshabiller 2-Traitement local : -**Arroser la brûlure** (règles des 15 : 15 cm, 15°C, 15 min) -**Pansement stérile** 3-**Maintien des fonctions vitales :** -Réchauffement -LVAS, masque à O2, IVA -2 vvp et remplissage (20 mL/kg en 30 min) 4-**Antalgiques majeurs** 5-Evacuer le blessé par **SAMU** vers un centre spécialisé
A l'hôpital	1-Mise en condition : -Hospitalisation dans un service spécialisé -**Rééquilibration hydro-électrolytique (règle d'Evans)** -**Nutrition hyper calorique, hyper protidique (+ vitaminothérapie)** -**Equilibre thermique** -Oxygénothérapie 2-Traitement général : -**SAT-VAT** -**Antalgiques** -**Anticoagulants** et nursing -Prévention de l'ulcère de stress 3-Traitement local : -**Détersion + bourgeonnement + greffe** -Incision de décharge si brûlure circulaire -Bains quotidiens et excision des tissus nécrotiques -Pansements stériles au tulle gras 4-Soutien **psychologique :** 5-**Surveillance** clinique et paraclinique

Règles d'Evans :
Solutés : **50% macromolécules + 50% électrolytes**
Volume : **2 000 mL + (2 mL x poids x % de surface)**
Rythme : le 1er jour ce volume et le 2ème jour la moitié

FRACTURE OUVERTE

SAT-VAT
Antibiotique
Parage, traitement de la fracture

1-SAT-VAT

2-Antibiotique IVL par Augmentin®

3-Traitement chirurgical : parage :
- En urgence, sous anesthésie
- Préparation pré-opératoire (rasage, lavage, brossage)
- Ablation des corps étrangers
- Nettoyage avec un soluté antiseptique
- Excision plan par plan de tous les tissus contus et dilacérés

4-Traitement de la fracture (fixateur externe)

5-Surveillance

SURVEILLANCE D'UN MALADE SOUS PLATRE

Radio de contrôle
HBPM si membres inférieurs
Feuille de consigne et éducation : surélever le membre
Rééducation

1-Pose du plâtre
- Après une éventuelle réduction
- En position de fonction
- Avec **radio de contrôle**

2-Traitement médical
- Antalgique-AINS
- **HBPM (si MI)**

3-Feuille de consigne et éducation
- A l'abri de la chaleur et de l'eau
- Informer sur les signes d'alarmes
- **Surélever le membre**
- Lever dès que possible (si MI)

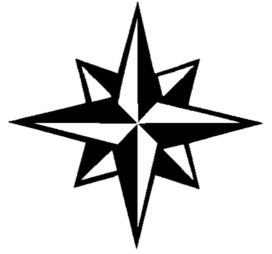
4-Consultation à 48 h puis surveillance
- Clinique
- Radiologique
- Biologique (NFS, plaquettes, si HBPM)

5-Rééducation au décours

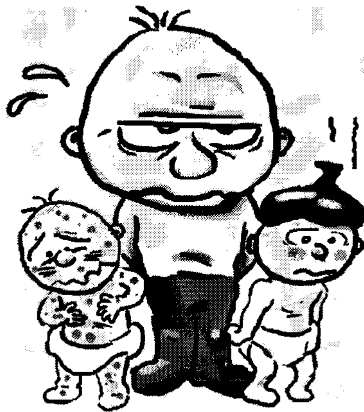
COMPLICATIONS SOUS PLATRE

<u>Infection sous plâtre :</u>
Ablation du plâtre ; excision des tissus nécrosés ; plâtre fenêtré ou d'un fixateur externe ; antibiothérapie
<u>Syndrome de loge :</u>
Décompression par aponévrotomie de décharge

Infection sous plâtre	**1-Ablation du plâtre** 2-Traitement local -Ablation des fils -**Excision des tissus nécrosés** -Prélèvements bactériologiques -Désinfection 3-Pose d'un **plâtre fenêtré ou d'un fixateur externe** **4-Antibiothérapie** 5-Surveillance
Sd de loge	1-Ablation du plâtre 2-Chirurgie de **décompression : aponévrotomie de décharge**
Phlébite	1-Fendre le plâtre 2-Echodoppler veineux des MI 3-Traitement classique d'une phlébite



PEDIATRIE



REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN

Règles hygiéno-diététiques
Presciptions médicamenteuses : Guigoz® confort, Polysilane® gel, Motilium®
Surveillance

1-Règles hygiéno-diététiques
Rassurer
Mesures **physiques** :
Pas de décubitus post-prandial
Eviter couches serrées
Proclive dorsal 30° si échec de tous les autres traitement
Mesures **diététiques** :
Vérifier la bonne reconstitution des biberons
Fractionner les repas
Epaissir alimentation par lait épaissi AR
Arrêt du tabagisme passif

2-Presciptions médicamenteuses
Guigoz® confort (épaississement de l'alimentation)
Polysilane® gel (anti-acides = 1 noisette avant les repas)
Motilium® (prokinétique = 1 dose-poids x 3/j, avant les repas)
Mopral® si œsophagite (inhibiteur de la pompe à protons = 1 mg/kg/j)

3-Surveillance

STENOSE DU PYLORE

Pylorotomie longitudinale extra-muqueuse
Réalimentation ; anti-reflux

1-Hospitalisation, mise en condition
- Réhydratation et renutrition

2-Traitement chirurgical
Accord parental
Pylorotomie longitudinale extra-muqueuse

3-Traitement médical
Rééquilibration hydroélectrique
Réalimentation précoce
Traitement **anti-reflux**

4-Surveillance

INVAGINATION INTESTINALE AIGUE

Urgence ; lavement opaque ; critères de désinvagination ; surveillance durant 48 h
Urgence ; réduction ; vérification de tout le grêle

Absence de signes de gravité	1-Signes de gravité : -Syndrome péritonéal -Occlusion du grêle -Age : < 2 mois, > 2 ans -Etat de choc -Hémorragie importante 2-Echec du traitement médical 3-Récidive
1-**Urgence** médicale, hospitalisation 2-Principe du **lavement opaque** aux hydrosolubles : -En l'absence de contre-indications -Stable hémodynamiquement, calme et hydraté -Contrôle radioscopique continu -En présence du chirurgien et de l'anesthésiste -Sous prémédication -Produit à t° corporelle -Sous faible pression 3-**Critères de désinvagination** -Opacification colique complète -Cæcum en place -Pas d'encoche pariétale -Absence de réinvagination sur le cliché d'évacuation -Disparition de la douleur 4-**Surveillance durant 48 h**	1-Hospitalisation : -**Urgence** chirurgicale -Bilan pré-opératoire -Stable hémodynamiquement 2-Accord parental 3-Traitement chirurgical : -**Réduction** manuelle -Résection-anastomose si nécrose intestinale -**Vérification de tout le grêle** (Meckel) 4-Surveillance

BRONCHO-ALVEOLITE SEVERE DU NOURRISSON

Hospitalisation si gravité; Isolement ; oxygénothérapie
Traitement médicamenteux ,désobstruction rhinopharyngée
Kinésithérapie respiratoire
Eviction tabagisme passif

1-Mise en condition

- **Hospitalisation** si critères de gravité
- **Isolement** et mesures d'hygiènes
- Monitoring cardiaque
- Alimentation fractionnée (gavage gastrique selon), hydratation
- **Oxygénothérapie**

2-Traitement médicamenteux

- **Désobstruction rhinopharyngée**
- Antipyrétiques
- Augmentin® si surinfection
- ± Traitement anti-reflux

3-Kinésithérapie respiratoire : manœuvre par accélération de flux expiratoire

4-Eviction tabagisme passif

5-Surveillance

- Clinique : monitoring cardiaque, oxymétrie, signes de lutte, conscience, TRC, hydratation, température
- Paraclinique : NFS, CRP, radio de thorax

DESHYDRATATION AIGUE DU NOURRISSON

Traitement étiologique
Ambulatoire : Alhydrate® ; arrêt de l'alimentation ; reprise précoce à 6 h ; peser
Hospitalier : urgence ; correction d'un choc ; réhydratation

1-Traitement étiologique

2-Traitement symptomatique

-Perte de poids < 5% -Perte de poids entre 5 à 10% sans signes de gravité	-Perte de poids > 10% -Perte de poids entre 5 à 10% avec signes de gravité : -Echec du traitement ambulatoire -Vomissements itératifs -Anorexie -Compliance parentale
Ambulatoire	Hospitalier
1-**Alhydrate®** : -Soluté de réhydratation orale -Diluer un sachet dans 200 mL d'eau -Proposer un biberon de la solution réfrigérée -Tous les 1/4 h, en petite quantité, ad limitum 2-Efferalgan® : -1 dose poids/6 h si T° > 38,5°C 3-Arrêt de l'**alimentation** provisoire avec **reprise précoce à 6 h** 4-**Peser** 2 fois par jour	1-**Urgence** thérapeutique : -Hospitalisation en pédiatrie -Pesée, poche à urines -1 VVP (si échec : intra-osseux, sinus longitudinal sup) 2-**Correction d'un choc :** -Sérum phy. -20 mL/kg en 30 min 3-**Réhydratation :** -G5 + 2 g NaCl + 1,5 g KCl + 1 g gluconate de Ca -Lentement -150 mL/kg en 24 h -Renutrition précoce 4-**Surveillance :** -5 P : pouls, pipi, pression, poids, périmètre crânien -Diarrhée, vomissements, conscience

NB :

Prise de poids par jour habituel :
- -1er trimestre : 25 g/j (1 g/h)
- -2ème trimestre : 20 g/j
- -3ème trimestre : 15 g/j

Poids théorique = ancienne pesée + (nombre de jours x prise de poids par jour)
Perte de poids = (poids théorique - poids réel)/poids théorique

DIARRHEE AIGUE DU NOURRISSON

Réhydratation
Réalimentation précoce (à 6 h) :
< 3 mois : sans protéines de lait de vache
> 3 mois : lait habituel
Traitement étiologique

1-Hospitalisation (selon)

2-Réhydratation (cf.)

3-Réalimentation précoce (à 6 h)

< 3 mois	> 3 mois
-Lait **sans protéines de lait de vache** -Jusqu'à 3 mois de vie	**-Lait habituel** -Lait sans lactose si diarrhée prolongée et sévère

4-Traitement étiologique : antibiothérapie (Rocéphine®) si, et seulement si :
Très fébrile, invasif, signes systémiques
Immunodéprimés
Glairo-sanglants
Infection extra-digestive

5-Surveillance

EPIGLOTTITE

Urgence vitale, SAMU, hospitalisation en réanimation
LVAS ; oxygénothérapie ; ne pas allonger, pas d'abaisse-langue
Intubation en position 1/2 assise au bloc opératoire
Antibiothérapie
Prophylaxie des sujets contacts (< 4 A)

1-Urgence vitale, SAMU, hospitalisation en réanimation

2-Mise en condition
- **LVAS**
- 1/2 assis
- **Oxygénothérapie**
- 1 VVP
- **Ne pas allonger, pas d'abaisse-langue**

3-Intubation en position 1/2 assise au bloc opératoire (si échec trachéotomie)

4-Traitement médicamenteux
- **Antibiothérapie** : C3G durant 21 j (IV puis relais po)
- Corticothérapie
- Antipyrétiques
- Vaccination à distance

5-Prophylaxie des sujets contacts (< 4 A)
- Vaccination
- Rifampicine

5-Surveillance

LARYNGITE AIGUE SOUS-GLOTTIQUE

LVAS ; oxygénothérapie
Corticothérapie IM à domicile
Aérosols adrénaline + corticoïdes + sérum phy.

1-Mise en condition
- **LVAS**
- 1/2 assis
- **Oxygénothérapie**
- Rassurer la famille

2-Corticothérapie IM à domicile (si échec : SAMU, aérosol d'adrénaline voire intubation)

3-Traitement médicamenteux en ambulatoire
- Corticoïdes 10 gtes/kg/j 5 j
- Antibiotiques si surinfection (Augmentin®)
- **Antipyrétiques**

4-A l'hôpital : « 123ACS »
- **Aérosols adrénaline** (1 mL) + **corticoïdes** (2 mL) + **sérum phy.** (3 mL)

5-Règles hygiéno-diététiques
- **Désinfection rhinopharyngée**
- Atmosphère humide
- Hydrater

6-Surveillance

PURPURA RHUMATOIDE COMPLIQUE

Corticothérapie
Mesures associées

1-Hospitalisation

2-Corticothérapie

3-Mesures associées à la corticothérapie
- Régime riche en protéines et en potassium
- Régime pauvre en sucres rapides, en graisse et en sodium (hyposodé)
- Vitamine D + calcium
- Potassium (en fonction de la kaliémie)
- Anti-acides (Maalox®)
- Education parentale

4-Traitements symptomatiques
- Antalgiques
- Antispasmodiques

5-Surveillance clinique et paraclinique du traitement
- Efficacité : **BU** durant 1 an, fonction rénale
- **Tolérance :** TA, digestif, croissance, iono, calcémie, glycémie

NB *: compliqué :*
- *Atteinte neurologique*
- *Atteinte testiculaire*
- *Atteinte digestive sévère* ***après FOGD*** *pour éliminer des ulcérations*
- *Atteinte rénale sévère (**PBR**)*

PREVENTION DES CRISES CONVULSIVES HYPERTHERMIQUES

Rassurer et informer les parents
Mesures physiques : déshabiller
Antipyrétique : paracétamol
Traitement étiologique
Si antécédent de crises complexes : Dépakine® 1 an

1-Rassurer et informer les parents

2-Mesures physiques
Déshabiller
Pièce fraîche
Hydrater

3-Antipyrétique
paracétamol
60 mg/kg/j per os en 4 prises
Si T° > 38,5°C

4-Traitement étiologique

5-Si antécédent de crises complexes : Dépakine® 1 an

CONVULSIONS DU NOURRISSON

Traitement symptomatique (< 2 ans)
- En urgence : LVAS ; décubitus latéral gauche ; Valium® intra-rectal 0,5 mg/kg
- Echec à 20 min : état de mal convulsif
- Echec à 40 min : état de mal réfractaire

Traitement étiologique

1-Traitement symptomatique (< 2 ans)

En urgence	-**LVAS,** oxygénothérapie -**Décubitus latéral gauche** -**Valium® intra-rectal 0,5 mg/kg** (si persistance)
Echec à 5 min	-Valium® intra-rectal 0,5 mg/kg
Echec à 20 min : état de mal convulsif	-Hospitalisation -Phénobarbital 15 mg/kg en 30 min
Echec à 40 min : état de mal réfractaire	-Phénytoïne 15 mg/kg en 30 min
Echec	-Réanimation pédiatrique -Thiopental

> 2 ans → idem adulte (inverser phénobarbital et phénytoïne)

2-Traitement étiologique

3-Surveillance rapprochée

MUCOVISCIDOSE

Kiné ; antibiothérapie
Digestive : Créon® ; vitamines ; régime
Psychosocial

1-Pulmonaire

Kinésithérapie quotidienne (accélération du flux)
Antibiothérapie (cure séquentielle), vaccination
Pulmozyme® (aérosol de désoxyribonucléase)
Oxygénothérapie, broncho-aspiration

2-Digestive

Créon® (extraits pancréatiques gastro-protégés)
Vitamines ADEK
Régime équilibré hyper calorique

3-Psychosocial

Exonération du ticket modérateur (100% car ALD)
Education de la famille et du patient (hydrater le patient en été)
Soutien psychologique
ALCM (association de lutte contre la mucoviscidose)

4-Surveillance clinique et paraclinique

PNEUMOPATHIES DE L'ENFANT POUR L'ENC

- < 3 ans : amoxicilline 10 jours
- > 3 ans : macrolides 14 jours
Si échec à J2 : inter-changer
- < 6 mois : choc : antibiothérapie ; porte d'entrée

	- < 3 ans	**- > 3 ans**	**- < 6 mois**
Clinique	Brutal, altération de l'état général	Progressif	Brutal, altération de l'état général sévère
	Douleurs thoraciques	Signes extra-pulmonaires	Digestif, neurologique, choc
	Opacités systématisées	Opacités non systématisées	Bulles, lésions pleurales, alvéolo-interstitielle
Germe suspecté	Pneumocoques	Bactérie atypique	Staphylococcie pleuro-pulmonaire
Traitement	**Amoxicilline 10 jours**	**Macrolides 14 jours**	-Hospitalisation -Traiter un **choc** -Oxygénothérapie -**Antibiothérapie :** Nétromicine® + péniM (ou Vancomycine si grave) -**Porte d'entrée** -Drainage pleural selon -Surveillance
	Si **échec à J2 : inter-changer** les 2 antibiotiques en monothérapie (J4 pour macrolides)		

ASTHME DE L'ENFANT

Mesures médicamenteuses (selon la sévérité de l'asthme) : corticoïdes ; bronchodilatateurs de longue durée d'action ; bronchodilatateurs de courte durée d'action
Eviction des allergènes, éducation

1-Mesures médicamenteuses (selon la sévérité de l'asthme)
- **Corticoïdes** (inhalés voire per os)
- **Bronchodilatateurs de longue durée d'action** ($\beta 2+$ inhalés)
- **Bronchodilatateurs de courte durée d'action** (inhalés) lors des crises

2-Mesures physiques
- Eviction de tous les **allergènes**
- Condition de vie :
  - Literie synthétique
  - Eviter moquette, tapis et peluches
  - Eviter animaux domestiques
  - Nettoyage fréquent de la chambre
  - Arrêt du tabagisme passif
  - Aérations fréquentes de la chambre

3-Education
- Enfant et famille
- Cahier de surveillance

4-Surveillance et équilibration du traitement

COQUELUCHE

Non compliquée : éviction scolaire ; macrolides ; prophylaxie
Compliquée, nourrisson : oxygénothérapie ; macrolides ; mesures prophylactiques

Non compliquée	- Compliquée - Nourrisson
1-**Eviction scolaire** (5 j) 2-Antibiothérapie : -**Macrolides** -14 jours 3-**Prophylaxie :** -2 parents -Macrolides (10 j) 4-**Surveillance** clinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement	1-Traitement symptomatique : -Hospitalisation, isolement -**Oxygénothérapie** -Hydratation -Antipyrétiques, anti-reflux 2-Traitement étiologique : -**Macrolides,** 14 jours -Augmentin® si surinfection 3-Mesures **prophylactiques :** -Mise à jour du calendrier vaccinal des enfants < 7 ans -Macrolides (10 j) pour famille, crèche, sujets à risque, école (classe si > 2 dans la même classe, école si > 2 dans 2 classes différentes) 4-**Surveillance :** -Monitoring cardiorespiratoire, saturation O2 -Quinte, bradycardie, apnée, neuro, T°, hydratation

BESOINS NUTRITIONNELS DU NOURRISSON

	Lait	Alimentation
0 à 4 mois	-Allaitement maternel (+++) -Préparation pour nourrisson	0
4 mois à 1 an	-Lait de suite	-Diversification
> 1 an	-Lait de croissance	-Régime normal

ORDONNANCE DE SORTIE DE MATERNITE

Lait ; Uvestérol D® ; Fluorex® ; Eosine®; sérum physiologique ; vitamine K en cas d'allaitement maternel exclusif

Nom du docteur
Fonction
N° de Siret

Date et lieu

Nom et prénom de l'enfant
Age et poids

1-**Lait :**
- -1 mesure de poudre pour 30 mL d'eau
- -Nidal HA® si antécédents allergiques

2-**Uvestérol D® :**
- -1 dose n°1 tous les jours
- -Prévention du rachitisme

3-**Fluorex® :**
- -1 dose n°1 tous les jours
- -Prévention des caries dentaires

4-**Eosine® + alcool (60°) :**
- -Solution antiseptique
- -Soins du cordon

5-**Sérum physiologique :**
- -Instiller dans les narines
- -Désinfection rhinopharyngée

6-**Vitamine K en cas d'allaitement maternel exclusif :**
- -1 ampoule 1 fois par semaine
- -Le temps de l'allaitement

Signature
Tampon

NB *: selon les facteurs de risque de l'enfant :*
Echographies des hanches à 1 mois
Radio du bassin à 4 mois
Oto-émissions acoustiques

PURPURA FULMINANS

Au domicile :
Urgence ; 50 mg/kg de Cefotaxime® en IV ; SMUR pédiatrique
A l'hôpital :
200 mg/kg/24 h de Cefotaxime®
Déclaration obligatoire
Prophylaxie du méningocoque : éviction scolaire ; vaccination ; antibioprophylaxie

1-Au domicile

En **urgence**
Corriger le choc : macromolécules ± drogues vaso-actives
50 mg/kg de Cefotaxime® en IV
Oxygénothérapie
SMUR pédiatrique
Entourer les taches cutanées
Masque pour isolement

2-A l'hôpital

Isolement en réanimation pédiatrique
Choc : macromolécules ou sérum phy., voire amines
200 mg/kg/24 h de Cefotaxime® : 4 injections/j, 10 jours
Antipyrétiques

3-Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité du traitement

4-Déclaration obligatoire (au médecin chef de la DDASS)

5-Prophylaxie du méningocoque

Eviction scolaire des cas de méningites
Vaccination si souches A et C
Pas de désinfection de locaux
Pas d'éviction des sujets contacts
Antibioprophylaxie (cf.)

Sujets concernés	-Crèche -Camarades d'université -Ecole : 1 cas dans 1 classe = voisins 2 cas dans 1 classe = toute la classe 2 cas dans 2 classes = les 2 classes 3 cas dans 2 classes = toute l'école	
Antibioprophylaxie	Rifampicine (Rifadine®) 2 j	-Adulte : 4 cp/j -Enfant : 20 mg/kg/j -nouveau-né : 10 mg/kg/j
Antibioprophylaxie si contre-indication	Rovamycine (Spiramycine®) 5 j	-Adulte : 6 MUI -Enfant : 150 000 UI/kg

INFECTIONS URINAIRES / REFLUX VESICO-URETERAL (RVU)

J 0 : IVSE, 2 j ; Rocéphine® + aminosides
J 2 : per os, 8 j ; Oroken®
J 10 : antibioprophylaxie, per os ; Bactrim®
3 sem : ECBU (pré-cysto) ; cystographie rétrograde
2 ans et RVU : Cohen

Evolution	Examens complémentaires	Traitement
J 0	-BU -ECBU -Echo rénale	-Hospitalisation -Antibiotiques **IVSE, 2 j** **-Rocéphine® + aminosides**
J 2	ECBU	-Relais -Antibiotique **per os, 8 j** **-Oroken®**
J 10	ECBU	**-Antibioprophylaxie, per os** **-Bactrim®**
3 sem	**-ECBU (pré-cysto)** **-Cystographie rétrograde** -Echo rénale	1-Si reflux vésico-urétéral : -Attendre jusqu'à 2 ans -Bactrim® 2-Si absence de malformation : -Arrêt des investigations -Arrêt des traitements
2 ans et RVU	UIV pré-opératoire	-Chirurgie urologique -Opération de **Cohen**

CAT DEVANT UN ABUS SEXUEL

β-HCG ; prélèvements bactériologiques + sérologies
Photographier ; certificat médical initial ; ITT ; signalement judiciaire
Contraception, cyclines ; suivi psychologique

1-Examen clinique
Interrogatoire et examen physique (gynécologique et général)
Par un spécialiste
Au calme

2-Examens complémentaires
β-HCG
Prélèvements **bactériologiques + sérologies** (VIH 1 et 2, hépatite B, hépatite C, syphilis)
Prélèvements de sperme et débris cutanéo-phanériens

3-Légalement
Photographier
Vêtements dans un sac en papier
Certificat médical initial
ITT (fonction de l'âge et des activités)
Signalement judiciaire

4-Prise en charge
Médicale : **contraception, cyclines,** prophylaxie VIH (selon)
Suivi **psychologique**
Information de la patiente

MALADIE DES MEMBRANES HYALINES

Corticothérapie prénatale
Surfactant exogène (Curosurf® 2 doses)
Intubation selon la gravité avec PEP

Préventif	1-Prévention des accouchements prématurés 2-**Corticothérapie prénatale** en cas de MAP
Curatif	1-Mise en condition : -Incubateur -Aspiration rhinopharyngée **-Sonde gastrique** -1 VVP **-Monitoring, dynamap, saturomètre** 2-Traitements spécifiques : **-Surfactant exogène (Curosurf® 2 doses)** **-Intubation selon la gravité avec PEP** -Ventilation avec oscillateur à haute fréquence -Monoxyde d'azote si échec 3-Surveillance : -Monitoring, dynamap, saturomètre, Silverman, radio de thorax -Complications de la ventilation : pneumothorax, dysplasie bronchopulmonaire

MALADIE CŒLIAQUE

Régime : à vie ; exclusion du gluten (SABO)
Renutrition

1-Régime
A vie
Exclusion du **gluten (SABO** : seigle, avoine, blé, orge)

2-Renutrition
Régime hyper calorique
Supplémentation en fer
Correction des carences

3-Surveillance à vie (FOGD)

HYPOTHYROIDIE CONGENITALE

Hormonothérapie substitutive : en urgence ; à vie ; L-thyroxine ; 5 à 8 µg/kg/j
Arrêt de la vitamine D en fonction de la calcémie
TSHus, T4l

1-Hospitalisation en urgence

2-Hormonothérapie substitutive
En urgence
A vie
L-thyroxine
5 à 8 µg/kg/j

3-Arrêt de la vitamine D en fonction de la calcémie

4-Information et éducation des parents

5-Surveillance à vie
Clinique : signes d'hypothyroïdie, surdosage, éducation
Paraclinique : **TSHus, T4l**

OSTEOMYELITE

Urgence
Antibiothérapie
Immobilisation
Traitement de la porte d'entrée

1-Mise en condition

- **Urgence** médico-chirurgicale
- Hospitalisation
- Autorisation parentale
- 1 VVP

2-Traitement médical

- **Antibiothérapie** double, bactéricide, synergique, probabiliste sur le staphylocoque doré secondairement adaptée aux prélèvements, à bonne diffusion osseuse, prolongée (Bristopen® + genta. 3 S IV, relais 6 sem per os)
- Antalgiques
- Antipyrétiques

3-Traitement orthopédique

- **Immobilisation** plâtrée (prenant articulation sus et sous-jacente) pour 6 semaines
- Repos au lit

4-Traitement de la porte d'entrée

5-Surveillance

***NB** : si abcès périosté :*

- *Traitement chirurgical : évacuation, prélèvements, lavage, drainage*
- *Plâtre fenêtré*
- *Examen bactériologique des prélèvements*

BOITERIE CHEZ L'ENFANT

Rhume de hanche : repos, AINS, radio à 6 sem
Ostéochondrite : arrêt des facteurs de risque, extension prolongée, décharge
Epiphysiolyse : urgence, réduction très prudente, ostéosynthèse

Rhume de hanche	-**Repos** au lit -**AINS** -Reprise progressive de la marche -Surveillance : **radio à 6 sem** pour rechercher une ostéochondrite
Ostéochondrite	-Arrêt des **facteurs de risque** (surpoids) -**Extension prolongée** (revascularisation) -**Décharge** 1 an (réossification) -Parfois ostéotomie de recentrage au stade évolué -Surveillance
Epiphysiolyse	-**Urgence** -Traitement chirurgical : **réduction très prudente** si bascule > 70°, **ostéosynthèse** par vis -Antalgiques -Surveillance

RACHITISME

Calcithérapie
Vitamine D
Education des parents
Attention à la maltraitance

1-Calcithérapie
Si ca < 2 mM : gluconate de calcium 10% IV, sous contrôle scopique, 1 000 mg/m²/j
Puis relais oral, 500 mg/j, 1 mois

2-Vitamine D
Curatif : 1 ampoule de 200 000 UI per os
Préventif : 1 ampoule de 200 000 UI per os tous les 6 mois

3-Education des parents, carnet de santé

4-Traitement des carences associées
Fumafer®
Folates

5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement
Clinique : courbe de croissance, développement psychomoteur
Biologique : calcémie, 25-OH-D3, phosphorémie, PAL, bilan martial
Radiologique : poignet à 1 mois

6-Attention à la maltraitance

CONDUITE A TENIR EN SALLE DE NAISSANCE

Section du cordon ; désobstruction nasale ; vitamine K ; désinfection oculaire
Mensurations (poids, taille, PC) ; perméabilité choanale ; test à la seringue ; température rectale ; pouls fémoraux
Bracelet d'identification ; tétée précoce

Traitement	1-**Section du cordon** (2 artères et 1 veine) 2-Aspiration pour **désobstruction nasale** 3-**Vitamine K** per os 4-**Désinfection oculaire** avec collyre à la rifampicine 5-Laver et réchauffer
Examen clinique	1-Apgar, **mensurations (poids, taille, PC)** 2-Perméabilité **choanale** par aspiration 3-**Test à la seringue** (atrésie de l'œsophage ?) 4-**Température rectale** (imperforation anale ?) 5-**Pouls fémoraux** (coarctation de l'aorte ?)
Autres	1-**Bracelet d'identification** 2-Mettre sur le ventre de sa mère 3-**Tétée précoce**

ORDONNANCE A 6 MOIS

Age et poids
Matin : 1 biberon
Midi : légumes, viande, 1 petit-suisse, 1 fruit mixé
Goûter : 150 mL de Modilac®
Soir : 210 mL de Modilac®
Zymaduo® 150

Nom du docteur
Fonction
N° de Siret

Date et lieu

Nom et prénom de l'enfant
Age et poids

Le matin :
1 biberon de 210 mL d'eau +
7 mesures arasées de Modilac® (lait de suite)

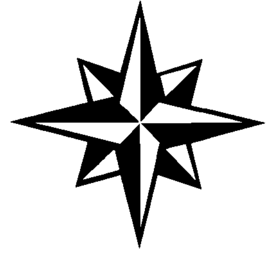
Le midi :
125 g de **légumes**
25 g de **viande**
1 petit-suisse
1 fruit mixé

Le goûter :
1 yaourt
1 petit pot de fruits
150 mL de Modilac® (lait de suite)

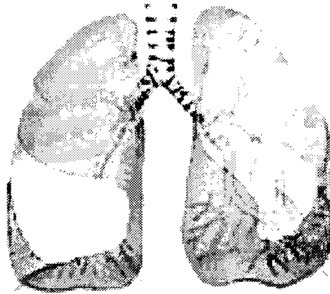
Le soir :
210 mL de Modilac® (lait de suite)
+ 1 cuil. de farine

Zymaduo® 150 : 4 gouttes par jour

Signature
Tampon



PNEUMOLOGIE



LES ZEROS DU TRAITEMENT DE PNEUMOLOGIE

Arrêt des facteurs de risque : tabac, amiante
Oxygène
Kinésithérapie respiratoire
Psycho-socio-professionnel

1-Arrêt des facteurs de risque
- **Tabac**
- **Amiante**
- Autres

2-Oxygène

3-Syndrome obstructif
- β2-mimétiques
- Corticothérapie

4-Kinésithérapie respiratoire

5-Prévention des infections
- Vaccinations
- Antibiotiques
- Traitement des foyers dentaires

6-Psycho-socio-professionnel

CRISE D'ASTHME / ASTHME AIGU GRAVE

<u>Crise d'asthme :</u>
Eduquer, DEP ; β2-mimétiques spray ; corticothérapie orale
<u>Asthme aigu grave :</u>
Urgence ; réa ; oxygénothérapie ; Salbutamol aérosol , Solumédrol® IV ; hydrater, potassium ; facteur déclenchant ; sat, kaliémie, traitement de fond
Echec du traitement : adré, ventilation assistée

Crise d'asthme	→**Eduquer** la patiente : **DEP** et CAT (cf.)
	1-**β2-mimétiques spray :** 2 bouffées 2-β2-mimétique spray : à renouveler si échec jusqu'à 6 bouffées 3-**Corticothérapie orale** en cure courte si asthme instable
Asthme aigu grave	→Eduquer la patiente : **échec du traitement** et CAT (urgence, appel du **15, pas de DEP** car risque d'aggravation)
	1-**Urgence** vitale, hospitalisation en **réa** (scope, sat) 2-**Oxygénothérapie** 6 L/min 3-Traitement médicamenteux : -**Salbutamol aérosol :** β2-mimétique, oxygène 6 L/min + 5 mg + 4 mL de sérum physiologique (« **654** ») -Atrovent® aérosol -**Solumédrol® IV :** corticoïdes, 1 mg/kg/j, (relais par Cortancyl® per os à J3) 4-Rééquilibration hydro-électrolytique -**Hydrater** -**Potassium** 5-Prévention thrombo-embolique 6-Traitement du **facteur déclenchant** 7-Surveillance clinique et paraclinique du traitement : -Efficacité : scope, **sat,** à distance DEP -Tolérance : **kaliémie** -Ajuster le **traitement de fond**
Echec du traitement	-Salbutamol IVSE -**Adré**naline IVSE (pour certains) -Intubation et **ventilation assistée** en dernier recours

TRAITEMENT DE FOND DE L'ASTHME

Education du patient
Evictions de facteurs favorisants : allergènes, tabac, médicaments...
Traitement de fond :
Intermittent, persistant léger : corticoïdes inhalés
Persistant modéré : β2+ de longue durée d'action
Persistant sévère : β2+, corticoïdes per os
Traitement des crises

1-Education du patient
Information sur la maladie
CAT en cas de crise
Connaître les signes d'AAG et la CAT

2-Evictions de facteurs favorisants : allergènes, tabac, médicaments...

3-Traitement médicamenteux

	Intermittent	Persistant léger	Persistant modéré	Persistant sévère
Traitement de fond	Aucun	1-**Corticoïdes inhalés** (Bécotide®) < 800□g/j	1-Corticoïdes inhalés (Bécotide®) < 2 000□g/j 2-**β2+ de longue durée d'action** (Serevent®)	1-Corticoïdes inhalés (Bécotide®) >2 000□g/j 2-**β2+** de longue durée d'action (Serevent®) 3-**Corticoïdes per os** (Cortancyl®)
Traitement des crises	cf.			

4-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement
Clinique : symptômes, **DEP**
Paraclinique : **EFR,** test de réversibilité
Education et **observance**

ALLERGIE

Examens complémentaires : NFS, IgE sériques ; prick test, EFR ± test à la métacholine
Traitement : éviction de l'allergène, éducation ; antihistaminique ; désensibilisation ; surveillance

Examens complémentaires	-Biologiques : -**NFS,** plaquettes -**IgE sériques** totales -IgE sériques spécifiques (Phadiatop®) -Tests de provocation : -Cutané : **prick test** -Nasal, conjonctival : tests spécifiques -Pulmonaire : EFR ± **test à la métacholine**
Traitement	1-**Eviction de l'allergène, éducation** du patient 2-Traitement médicamenteux : -**Antihistaminique** -Si rhinite : ± corticoïdes inhalés -Si conjonctivite : antiallergiques ± corticoïdes locaux -si asthme : cf. 3-**Désensibilisation :** -Si mono-sensibilisation -Immunothérapie spécifique -En dehors des poussées -CI si asthme persistant avec traitement de fond 4-**Surveillance** clinique ± paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement

BRONCHITE AIGUE / BRONCHITE CHRONIQUE

Bronchite aiguë : tabac, Mucomyst®, pas d'antibiotiques
Bronchite chronique : tabac

Bronchite aiguë	1-Traitement ambulatoire 2-Arrêt du **tabac** 3-Traitement médicamenteux : -Antipyrétiques -Vitamine C -Fluidifiants bronchiques (**Mucomyst®**) -**Pas d'antibiotiques** (sauf surinfections) 4-Surveillance clinique
Bronchite chronique	1-Arrêt du **tabac** 2-Surveillance clinique

BPCO / DECOMPENSATION DE BPCO

<u>BPCO :</u>
Arrêt tabac
β2-mimétiques, corticothérapie
Kiné, renutrition, réadaptation à l'effort
<u>Décompensation de BPCO :</u>
Oxygénothérapie faible débit
Salbutamol aérosol, Solumédrol® IV, antibiothérapie, HBPM
Kiné

BPCO	1-Arrêt du **tabac** et information sur les médicaments contre-indiqués 2-Traitement médical : -**β2-mimétiques** inhalées -**Corticothérapie** inhalée à partir du stade 2b 4-**Kiné**sithérapie respiratoire 5-Prévention des **infections** -Vaccinations antigrippale et anti-pneumococcique -Traitement des foyers dentaires -Antibiotiques (si surinfections bronchiques) 6-Règles hygiéno-diététiques : -**Renutrition** -**Réadaptation à l'effort** -Pas de sédatifs 7-**Surveillance** de l'efficacité et de la tolérance du traitement : -Clinique -Paraclinique : Rx de thorax, GDS, EFR -Sevrage tabagique
Décompensation de BPCO	1-Mise en condition : -Hospitalisation -**Oxygénothérapie faible débit** -Ventilation non invasive (VNI) si échec 2-Traitement médical : -**Salbutamol aérosol :** β2-mimétique -Atrovent® aérosol -**Solumédrol® IV :** corticoïdes, 1 mg/kg/j -**Antibiothérapie** en fonction de l'étiologie -**HBPM** 3-**Kiné**sithérapie respiratoire 4-Traitement du **facteur déclenchant** 5-Surveillance

INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE

Oxygénothérapie à domicile, Ventilation non invasive (VNI)
Réhabilitation respiratoire : éducation, réadaptation, kiné, drainage, musculation
Traitement étiologique

1-Oxygénothérapie à domicile

2-Réhabilitation respiratoire

3-Traitement étiologique (ex. : syndrome obstructif)

4-Ventilation non invasive (VNI) si échec

5-Surveillance

	Indications	Modalités
Oxygénothérapie à domicile	PaO2 basale **< 55 mmHg** à distance d'un épisode aigu PaO2 basale **< 60 mmHg associée à :** -Cœur pulmonaire chronique **(CPC)** -**Polyglobulie** -**HTAP avec PAP moy > 20 mmHg** -**Désaturation nocturne** sans apnée	-**A vie** -**15 h/j** minimum -Pour **PaO2 > 70 mmHg** -**Sans augmenter la PaCO2** -Augmentation progressive -Entente préalable avec la SS -Coordination par l'ANTADIR -Augmente : -Confort -Espérance de vie -Tolérance à l'effort -Diminue : -HTAP -Polyglobulie -Signes d'IVD
Réhabilitation respiratoire	Systématique	-**Education** (médicaments CI) -**Réadaptation** à l'effort -**Kiné**sithérapie respiratoire : -**Drainage** -**Musculation** (m respi)

TUBERCULOSE PULMONAIRE COMMUNNE (PERI-PERI)

Quadrithérapie antituberculeuse = PERI
Pyrazinamide + Ethambutol + Rifampicine + Izoniazide
Mesures associés = PERI
Prise en charge : déclaration obligatoire, 100%
Education : tabac, contraception OP
Recherche et traitement des sujets contacts
Isolement
Surveillance :
BK crachats, ASAT/ALAT

1-Quadrithérapie antituberculeuse
Une prise le matin à jeun
Après **bilan pré-thérapeutique :** NFS, Créat, ASAT/ALAT, Uricémie, FO, champs visuel, vision des couleurs
En l'absence de CI
Secondairement adaptée à l'antibiogramme
Avec :

DCI	Posologie		Effets secondaires
Pyrazinamide	30 mg/kg/j	**2 mois**	-Hépatite maligne -Tératogène (enceinte : ERI 9 mois)
Ethambutol	20 mg/kg/j		-NORB
Rifampicine	10 mg/kg/j	**6 mois** (12 mois si os, neuro)	-Allergie -Inducteur enzymatique -Fausse hématurie
Izoniazide	5 mg/kg/j		-Hépatite bénigne -Polynévrite

2-Prise en charge
Déclaration obligatoire
100%
Arrêt de travail
Renutrition, réhydratation

3-Education
Vaccination BCG
Arrêt du **tabac** et de l'alcool
Inefficacité de la **contraception OP** (rifampicine : inducteur)

4-Recherche et traitement des sujets contacts
Clinique, Rx de thorax, IDR
Enfants non vaccinés et VIH exposés : isoniazide 6 mois

5-Isolement jusqu'à négativation des expectorations
Chambre seule
Porte fermée, aération
Masque

6-Surveillance clinique et paraclinique du traitement
Observance : couleur des urines, uricémie
Efficacité : T°, poids, sueurs, **BK crachats,** Rx de thorax
Tolérance : **ASAT/ALAT,** vision des couleurs, NFS

HEPATITE MEDICAMENTEUSE AUX ANTITUBERCULEUX

Augmentation des ASAT/ALAT
Examens : Echo, alcoolémie, sérologies des hépatites
Conduite à tenir : arrêt alcool et médicaments hépatotoxiques
- < 3N : diminuer les doses de P et I
- 3N à 6N : arrêt de P et I, transaminases
- > 6N : arrêt de P et I, transaminases, CI à vie de P

1-Augmentation des ASAT/ALAT

2-Examens complémentaires
ALAT/ASAT, PAL, γ-GT, TP, facteur V, bilirubine
Echographie hépatique
Alcoolémie
Sérologies des hépatites

3-Conduite à tenir
Hospitalisation
Arrêt alcool et médicaments hépatotoxiques
En fonction des transaminases

< 3N	3N à 6N	> 6N
-Diminuer les doses de P et I -Surveillance des transaminases	**-Arrêt de P et I** -Surveillance des **transaminases** -Antituberculeux de 2ème ligne jusqu'à normalisation des transaminases	
	-Reprise de I	-Reprise de I à 1/2 doses **-CI à vie de P**

4-Surveillance

NB : signification de P et I :
P = pyrazinamide
I = isoniazide

AMIANTE ET POUMON

Symptomatique :
IRC
Mésothéliome : symphyse pleurale, radiothérapie, kiné
Psychothérapie, 100%, maladie professionnelle
Préventif :
Médecin législateur, concentration atmosphérique maximale de fibres
Informer, protection individuelle, aspiration à la source
Médecin du travail : Rx de thorax, EFR

Curatif	**Aucun**
Symptomatique	1-Traitement de l'**IRC** restrictive due à l'abestose 2-Traitement palliatif du mésothéliome pleural : -Antalgiques -Thoracoscopie -Evacuation et **symphyse pleurale** -**Radiothérapie** (aux points de drainages) -**Kiné**sithérapie 3-Psycho-socio-professionnel : -**Psychothérapie** de soutien -**100%** -Déclaration de **maladie professionnelle** (n° 30) 4-**Surveillance** clinique et paraclinique de l'évolution de la maladie
Préventif	1-**Médecin législateur :** -**Concentration atmosphérique maximale de fibres** -Déflocage, interdiction de flocage -Transport des déchets 2-Entreprise : -**Informer** les salariés -**Protection individuelle :** masques, douches, vêtements -Protection générale : **aspiration à la source**, humidification 3-**Médecin du travail** : -Education (amiante, **tabac...)** -**Bilan** d'embauche puis annuel (clinique, **Rx de thorax, EFR**)

SARCOIDOSE

<u>Signe de gravité :</u>
BAV, PFP, hypercalcémie
<u>Zéros :</u>
Scope si BAV, oxygène si dyspnée
Corticothérapie, décroissance progressive ; mesures associées : PAS de vit D, PAS de calcium
Protection oculaire si paralysie faciale

Sans signe de gravité **OU** **Löfgren**	1-**Abstention** thérapeutique 2-**Repos,** (AINS selon) 3-Suveillance de l'évolution de la maladie : -Clinique -**Rx de thorax** -ECA
Signes de gravité : -Pneumo : stades 2 et 3 -Cardio : **BAV** -Neuro : **PFP** -Ophtalmo -Rénale -**Hypercalcémie** sévère -EFR très perturbés -Signes généraux -Aggravation rapide	1-Mise en condition : -Urgence, hospitalisation (selon) -**Scope si BAV** -**Oxygène si dyspnée** 2-**Corticothérapie :** -Traitement d'attaque, à 1 mg/kg/j, per os, pour 3 mois -Traitement prolongé : 18 mois -Prévention de l'insuffisance surrénale : • **Décroissance progressive** jusqu'à 5 mg/j • Remplacer par 20 mg d'hydrocortisone durant 1 mois • Test au Synacthène® • Selon le résultat, continuer ou arrêter les corticoïdes 3-**Mesures associées** à la corticothérapie : -**PAS de vit D, PAS de calcium** -Mopral® si besoin -Régime riche en protéines et en potassium -Régime pauvre en sucres rapides, en graisse et en sodium (hyposodé) 4-Traitement spécifique d'une complication : -**SEES si BAV** -**Protection oculaire si paralysie faciale** 5-**Surveillance** clinique et paraclinique du traitement -Efficacité : Rx de thorax, ECA, EFR, ECG, ophtalmo, **calcémie** -Corticothérapie . poids, TA, NFS, iono, gly

HEMOPTYSIE

Oxygénothérapie
Gp, RAI, Rh, hémostase, GDS
Traitement d'un éventuel choc
Fibroscopie bronchique= réaliser l'hémostase, traitement étiologique

1-Mise en condition
- **Urgence**
- Hospitalisation
- **Oxygénothérapie** à adapter à sat tc
- **Gp, RAI, Rh, hémostase, GDS**

2-Traitement d'un éventuel choc (rarissime dans l'hémoptysie, on meurt d'abord d'asphyxie)
- 2 VVP
- Remplissage
- Drogues vaso-actives si échec
- Commande de culots globulaires

3-Réaliser l'hémostase
- Fibroscopie bronchique avec adrénaline locale
- Embolisation per-artério bronchique (repérer artère médullaire)
- Intubation sélective par sonde de Carlens
- Chirurgie d'hémostase en dernier recours
- Vasopresseur : Glypressine® IV (CI chez patient coronarien) : à éviter car E2 ++ et empêche de faire l'artério.

4-Traitement étiologique (si non réalisé)

5-Surveillance

PNEUMOTHORAX

<u>Sans gravité > 2 cm :</u>
Drainage pleural, aspiration douce, radio de contrôle ; surveillance ; éducation
<u>Signes de gravité :</u>
Urgence, oxygénothérapie, choc si hémopneumothorax ;
Exsufflation à l'aiguille ; drainage pleural,

Sans gravité < 2 cm	1-**Abstention, repos a lit,** arrêt de travail 2-Surveillance : -Clinique -Paraclinique : **Rx de thorax à J5** 3-**Education** du patient (plongée, instruments à vent…)
Sans gravité > 2 cm (soit 15 à 20%)	1-**Drainage pleural :** -En hospitalisation -Après hémostase, désinfection et anesthésie locale -2ème espace IC par voie antérieure, bord supérieur de la cote inférieure -Asepsie, **aspiration douce** -**Radio de contrôle** -Durée inférieure à une semaine **ou** -Simple exsufflation à l'aiguille -Contrôle Rx et drainage si échec 2-**Surveillance** efficacité et tolérance du traitement : -Clinique : perméabilité, bullage, local -Paraclinique : radio de thorax 3-**Education** du patient (plongée, instruments à vent…)
Signes de gravité	1-Mise en condition : -**Urgence,** hospitalisation -**Oxygénothérapie** à adapter à la sat tc -Correction d'un **choc si hémopneumothorax** 2-**Exsufflation à l'aiguille** 3-**Drainage pleural :** -En urgence -Après hémostase, désinfection et anesthésie locale -2ème espace IC par voie antérieure, bord supérieur de la cote inférieure -Asepsie, aspiration douce -**Radio de contrôle** -Double drainage si hémopneumothorax (voire thoracotomie d'hémostase si échec) 4-**Surveillance** efficacité et tolérance du traitement : -Clinique : perméabilité, bullage, local, quantité de sang -Paraclinique : radio de thorax 5-**Education** du patient (plongée, instruments à vent…)
Récidive(s) : -1ère controlatérale -2ème homolatérale	1-Traitement chirurgical définitif -**Thoracoscopie chirurgicale** ou thoracotomie -Exploration -Traitement **étiologique (bulles et blebs)** -**Symphyse pleurale** par **talcage** 2-**Education** du patient (plongée, instruments à vent…)

PLEURESIE PURULENTE

Antibiothérapie : Augmentin® + aminoside ou C3G + Flagyl®
Evacuation du pus : ponction, lavage, drainage
Traitement de la porte d'entrée et de tous foyers infectieux
Kinésithérapie respiratoire +++

1-Mise en condition

- Hospitalisation
- Prévention de la décompensation des **tares**
- Prévention thrombo-embolique
- Arrêt des facteurs favorisants (alcolo-**tabagique)**

2-Antibiothérapie

- IV
- Actif sur anaérobies
- Probabiliste, secondairement adaptée aux prélèvements
- **Augmentin® + aminoside** ou **C3G + Flagyl®**
- 6 semaines

3-Evacuation du pus

- **Ponction, lavage, drainage** (Bétadine® + sérum phy)
- Prélèvements bactério
- Fibrinolytiques si cloisonnement

4-Traitement de la porte d'entrée et de tous foyers infectieux

5-Kinésithérapie respiratoire +++

6-Surveillance

TUMEURS BRONCHIQUES

Traitement spécifique
Non à petites cellules : chirurgie
A petites cellules : radiothérapie, poly-chimiothérapie, radiothérapie cérébrale prophylactique
Traitement symptomatique : kiné
Surveillance à vie

1-Traitement spécifique

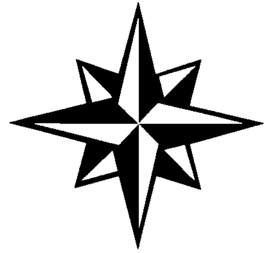
Non à petites cellules	A petites cellules
Localisé opérable (I à IIIa) : -**Chirurgie** -Lobectomie / pneumectomie -Curage ganglionnaire -Anapath	Localisé (1 champ) : -**Radiothérapie** thoracique -**Poly-chimiothérapie** avec sels de platine -Radiothérapie **cérébrale prophylactique** si rémission au niveau thoracique
Localisé inopérable (IIIb) : -Radiothérapie -Poly-chimiothérapie avec sels de platine	Disséminé (> 1 champ) : -Poly-chimiothérapie palliative
Disséminé (IV) : -Poly-chimiothérapie palliative	

2-Traitement symptomatique
Antalgiques
Kinésithérapie respiratoire
Prévention de **décubitus** et de la décompensation des tares

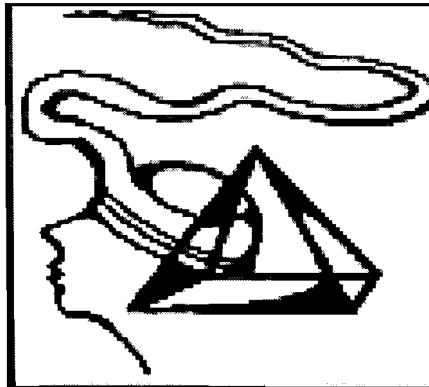
3-Règles hygiéno-diététiques
Renutrition
Réhydratation
Arrêt du tabac si curatif (pas d'arrêt si palliatif)

4-Triade du cancer
Psychothérapie de soutien
100% +/- exonération du ticket modérateur
Association de malade

5-Surveillance à vie



PSYCHIATRIE



PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVE

ACCES MANIAQUE
A court terme : sous contrainte si nécessaire ; hydrater ; lithium : doses progressives, NLP sédatif, Haldol® ; psychothérapie
A long terme : Théralite® : adapter la posologie; psychothérapie ; arrêt de travail
ACCES MELANCOLIQUE
Prévention du risque suicidaire
ATD tricyclique (Anafranil®), Tercian®
EPISODE DEPRESSIF MAJEUR
ATD inhibiteur de recapture de la sérotonine
TRAITEMENT DE FOND PAR LITHIUM
Théralite®, lithétémie, augmentation progressive (0,6 à 0,9 mEq/L)
Contraception systématique

I-ACCES MANIAQUE

A court terme	1-Mise en condition : -Urgence, hospitalisation en psychiatrie **-Sous contrainte si nécessaire** -Sauvegarde de justice si nécessaire -Mettre en pyjama pour éviter les fugues 2-**Hydrater** le patient, renutrire 3-Traitement médicamenteux : -**Lithium** (Théralite® 250 mg) **: doses progressives** -**NLP sédatif** (Tercian® 25 mg) : 3 cp/j en cure courte -Stilnox® : 1 cp au coucher -**Haldol®** (5 mg) : 1 cp x 3/j si délire 4-**Psychothérapie** de soutien (patient et famille) 5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement (pouls, TA, T°, excitation psychomotrice)
A long terme	1-Traitement médical : -**Théralite® : adapter la posologie à la lithétémie** (0,6 à 0,9 meq/L) -Imovane® : 1 cp au coucher jusqu'à la disparition de l'insomnie -Contraception : car lithium CI durant la grossesse 2-**Psychothérapie de soutien, analytique** 3-**Arrêt de travail** (repos) 4-Education (ttt, reconnaître début de l'accès) 5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement : (urée, créat, TSHus, ECG)

II-ACCES MELANCOLIQUE

1-Mise en condition

Urgence. hospitalisation en psychiatrie

Prévention du risque suicidaire

Renutrition, réhydratation

2-Traitement médicamenteux

ATD tricyclique (Anafranil® x amp de 25 mg + 250 mL de G5%)

1 amp à J1, ..., 5 amp à J5 puis relais per os

En l'absence de CI

Tercian® (neuroleptique sédatif, cp de 25 mg) : 3 cp/j

Théralène® : 20 gt au coucher le soir

3-Electro-convulsivothérapie si échec ou CI tricycliques, ou si délire

4-Psychothérapie de soutien, analytique

5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Humeur (virage maniaque), pouls, TA, T° et risque suicidaire (levée d'inhibition)

III-EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

1-Hospitalisation en fonction du contexte et du risque suicidaire

2-Traitement médicamenteux

- ATD inhibiteur de recapture de la sérotonine (Deroxat®) 6 mois si 1er épisode
- Hypnotique (Imovane®)

3-Psychothérapie (soutien, analytique...)

4-Education (maladie, récidive, tt)

5-Surveillance (thymie, virage maniaque, risque suicidaire, tolérance)

IV-TRAITEMENT DE FOND PAR LITHIUM

1-En l'absence de CI : « lithium »

Loufoque : observance

Insuffisance : rénale, hépatique ou thyroïdienne

Test de lithétémie oublié

Hyponatrémie et régime désodé

Insuffisance cardiaque ou trouble du rythme

Urine : salidiurétique

Maternité : enceinte

2-Après bilan pré-thérapeutique : « ictère »

Iono, NFS, VS, glycémie

Cœur : ECG, radio de thorax

TSHus, T4

Enceinte : β-HCG

Rénal : urée, créat, BU, prot des 24 h

EEG

3-Modalité du traitement

Théralite® (cp de 250 mg) : 1 cp mat et soir durant 3 j

Dosage de la **lithétémie** le 5ème jour

Augmentation progressive de 1/2 cp

Avec lithétémie 5 j après chaque modification

Jusqu'à obtention d'une lithétémie efficace **(0,6 à 0,9 mEq/L)**

4-Contraception systématique

5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Lithétémie/3M, créat/6M, T4 et TSHus/A (RMO)

BOUFFEE DELIRANTE AIGUE

Hospitalisation sous contrainte
Eliminer organicité
NLP anti-productif et sédatif, hypnotique, puis relais

1-Mise en condition
Urgence, hospitalisation en psychiatrie
Sous contrainte si nécessaire
Sauvegarde de justice si nécessaire
Prévention du risque suicidaire

2-Après bilan clinique et paraclinique (bio, scan, toxiques et VIH)
Eliminer une **organicité**
Retentissement organique

3-Traitement médicamenteux
NLP anti-productif (Zyprexa® 20 mg/j) **et sédatif** (Loxapac®) PO si possible
Hypnotique (Imovane®)
Puis relais par Zyprexa® PO seul 1 an

4-Psychothérapie de soutien

5-Surveillance de la tolérance (sd malin) **et de l'efficacité du traitement**

ANOREXIE MENTALE GRAVE

Réalimentation, rééquilibration hydro-sodée
Contrat de poids avec la patiente : sur BMI, séparation stricte de la famille rééducation alimentaire
Psychothérapie
Surveillance quotidienne : pesées surprises, ionogramme
Suivi au long-cours

1-Mise en condition

Hospitalisation en psychiatrie
Mesure de placement si nécessaire
Réhydratation et **rééquilibration hydro-sodée**
Gavage gastrique si amaigrissement massif avec risque vital
Prévention risque suicidaire

2-Contrat de poids avec la patiente

Surveillance **sur BMI**
Séparation stricte de la famille et des amis
Etablir des objectifs
Rééducation alimentaire

3-Psychothérapie

Individuelle de soutien
Entretien avec la famille
Analytique
Cognitivo-comportementale
Amélioration des liens sociaux

4-Surveillance quotidienne

Clinique : **pesées surprises,** thymie, risque suicidaire, TA
Biologique : **iono** et bilan rénal

5-Suivi au long-cours en ambulatoire

ETAT D'AGITATION AIGUE

Contention physique
Neuroleptique sédatif : Loxapac®, IM, 2 amp de 50 mg
Traitement étiologique

1-Contention physique

2-Neuroleptique sédatif
Loxapac® (loxapine)
Par voie parentérale **IM**
2 amp de 50 mg

3-Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement

4-Traitement étiologique dans un second temps

CRISE D'ANGOISSE AIGUE

Eliminer une étiologie organique
Au calme ; rassurer
Tranxene® 50 mg per os 1/2 cp
Retour au domicile après la crise

1-Eliminer une étiologie organique

2-Mise en condition
Isolement **au calme**
Ne pas hospitaliser (si aucun signe de gravité)
Rassurer

3-Traitement médicamenteux (si échec réassurance)
Tranxene® 50 mg per os 1/2 cp
Ou Tranxene® 50 mg IM : 1/2 amp (si agitation)

4-Dans un 2ème temps
Evaluation d'un trouble psychopathologique
Retour au domicile après la crise
Suivi ultérieur par un psychiatre

PSYCHOSE PUERPERALE

Eliminer une organicité
Arrêt de l'allaitement, séparation mère-enfant
Traitements médicamenteux neuroleptiques : Solian®, Tercian®
Psychothérapie : réintroduction progressive mère-enfant
Prise en charge de l'enfant (maltraitance)

1-Eliminer une organicité (thrombophlébite)

2-Mise en condition
- **Urgence,** hospitalisation en psychiatrie
- **Arrêt de l'allaitement** (neuroleptique)
- **Séparation mère-enfant**

3-Traitements médicamenteux neuroleptiques
- **Solian®** (200 mg) : 3 cp/j (anti-productif)
- **Tercian®** (25 mg) : 3 cp/j (sédatif)

4-Psychothérapie
- Individuelle de soutien sur relation mère-enfant
- **Réintroduction progressive mère-enfant**

5-Prise en charge de l'enfant (maltraitance)

AUTISME DE L'ENFANT

Eliminer une étiologie organique (surdité ?)
Prise en charge multidisciplinaire :
- Psychothérapie institutionnelle : orthophonique, psychomotrice
- Psychothérapie de soutien à la famille
- Sociothérapie : 100%, CDAPH, établissement spécialisé

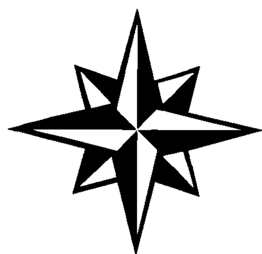
1-Eliminer une étiologie organique (surdité ?)

2-Prise en charge multidisciplinaire

Psychothérapie institutionnelle	-Educative -Rééducation **orthophonique** -Rééducation **psychomotrice** -Guidance parentale
Psychothérapie de soutien à la famille	-
Sociothérapie	-Prise en charge à **100%** -Allocation d'éducation spécialisée (délivrée par la **CDAPH**) -Orientation vers un **établissement spécialisé**

3-Traitement médicamenteux (rarement)

4-Suivi au long-cours



RHUMATOLOGIE



GOUTTE

ACCES GOUTTEUX
Colchicine + Immodium®
TRAITEMENT DE FOND
Traitement étiologique
Régime hypo-uricémiant
Allopurinol (Zyloric®)
Diurèse alcaline

I-ACCES GOUTTEUX

1-Colchicine + Immodium®
3 cp 1 j, 2 cp 1 j, puis 1 cp/j pdt 10 j

2-Mesures physiques
Repos articulaire, arceau
Vessie de glace
Prévention des complications de décubitus

3-Surveillance
Efficacité : douleurs
Tolérance : nausées, vomissements
Revoir le patient pour éducation, régimes et éventuel traitement de fond

II-TRAITEMENT DE FOND

1-Traitement étiologique d'une goutte secondaire

2-Régime hypo-uricémiant
A vie
Limiter les aliments riches en purines (volaille, abats, gibiers...)
Limiter les lipides
Arrêt de l'alcool
Pas de médicaments hyperuricémiants
Education, information

3-Allopurinol (Zyloric®)
Indications : goutte chronique (triade tophus, arthropathie et néphropathie), accès goutteux fréquents malgré RHD
Type : inhibiteur de la xanthine oxydase
Mise en place : à distance d'un accès avec colchicine le 1er mois
Adapté : à l'uricémie et à la fonction rénale
En l'absence de CI : IR et lithiase rénale

4-Diurèse alcaline
2,5 L
Vichy® + eau plate

5-Traitement de pathologies associées (syndrome **X**) : diabète, dyslipidémie

6-Surveillance du traitement
Efficacité : accès aigu, goutte chronique et uricémie
Tolérance : allergie, hépatopathie, cytopénie
FDRCV

CHONDROCALCINOSE

Traitement étiologique
Repos, AINS

1-Traitement étiologique
Hyperparathyroïdie
Hémochromatose

2-Traitement physique
Repos de l'articulation

3-Traitement médicamenteux
AINS

4-Surveillance

ALGODYSTROPHIE

Traitement étiologique et arrêt des facteurs favorisants
Biphosphonates
Mise en décharge du membre !!!
Arrêt kinésithérapie en phase chaude !!!

1-Traitement étiologique et arrêt des facteurs favorisants

2-Antalgiques

- Paracétamol
- Calcitonine :
  A visée antalgique
  Arrêt si inefficace à 2 semaines

3-Traitement de fond :biphosphonates

4-Mise en décharge du membre !!!

5-Traitement physique : kinésithérapie et balnéothérapie
Arrêt en phase chaude
Indolore !!!
Progressive

6-Prise en charge psychologique
Psychothérapie
Médic (selon)

7-Surveillance

SPONDYLODISCITE

Antibiothérapie !!!
Traitement de la porte d'entrée (endocardite)
Corset plâtre

1-Mise en condition
- Urgence
- **Hospitalisation** (arrêt de travail au décours)
- Antalgiques

2-Antibiothérapie !!!
- Double, bactéricide, synergique, parentérale, à bonne diffusion osseuse, probabiliste secondairement adaptée à l'antibiogramme, en urgence débutée après les prélèvements, prolongée
- Fluoroquinolone + rifampycine : IV = 3 sem
- Relais PO pour 3 M

3-Traitement de la porte d'entrée (penser à l'**endocardite**)

4-Traitement physique
- Suppression de l'appui, repos au lit !!!
- Immobilisation par **corset plâtré !!!**
- Kiné

5-Surveillance
- Clinique : T°, rachis, auscultation cardiaque, mollets
- Paraclinique : **NFS**, **VS, CRP,** radio

NB :
- *Abcès para-vertébral : ponction sous scopie ou drainage chirurgical*
- *Compression médullaire par tassement vertébral : urgence + corticoïdes IV + neurochirurgie (décompression)*
- *Corset plâtré si : atteinte au-dessus de L4/L5 ± risque d'instabilité vertébrale*

ARTHRITE

Antibiothérapie
Traitement de la porte d'entrée (endocardite)
Arthrotomie de lavage (pas systématique)

1-Mise en condition
- Urgence
- **Hospitalisation** (arrêt de travail au décours)
- Antalgiques
- **HBPM** si immobilisation du MI

2-Antibiothérapie !!!
- Double, bactéricide, synergique, parentérale, à bonne diffusion osseuse, probabiliste secondairement adaptée à l'antibiogramme, en urgence débutée après les prélèvements, prolongée
- Péni M + gentamycine : IV
- Relais PO à normalisation de la CRP, pour 4-6 S

3-Traitement de la porte d'entrée (penser à l'**endocardite**)

4-Arthrotomie de lavage (pas systématique)

5-Traitement physique
- Décharge de l'articulation
- Immobilisation par attelle !!!
- Kiné

6-Surveillance
- Clinique : **T°**, épanchement, douleur, rougeur, chaleur, amyotrophie, auscultation cardiaque, mollets
- Paraclinique : NFS, **VS, CRP,** radio, ponction articulaire selon

NB :
- *Gonocoques : rocéphine 10 j + tétrade des MST (recherche autres MST, traitement des partenaires, rapports protégés, éducation et information de la patiente)*

COXARTHROSE

Economie articulaire ; kiné
AASL ; antalgiques
Traitement chirurgical à discuter : chirurgie préventive ; prothèse totale de hanchee

1-Traitement physique

Education de la patiente pour **économie articulaire :** repos, régime si surpoids, sport limité et non traumatique, béquillage avec canne du côté sain, adaptation du poste de travail

Kiné douce : apprentissage du pas simulé, auto-rééducation, rééducation musculaire et proprioceptive, lutte contre le flessum

Balnéothérapie

2-Traitement médicamenteux

Traitement de fond : discuter des **AASL** (anti-arthrosique symptomatique d'action lente : type Chondrosulf®)

Traitement des poussées congestives : **antalgiques,** AINS, infiltration de corticoïdes (ou injection d'acide hyaluronique), décharge

3-Traitement chirurgical

Chirurgie préventive dans une dysplasie coxo-fémorale :
- Insuffisance cotyloïdienne pure : butée cotyloïdienne
- Coxa valga : ostéotomie de varisation

Chirurgie curative :
- Indice de Lequesne ≥ 12 : arthroplastie par **prothèse totale de hanche**

4-Education de la patiente si PTH

Mesures spécifiques les deux premiers mois
Economie prothétique permanente
Complications : descellement, infection, luxation
Prévention d'une luxation : pas de flexion + adduction + rotation interne
Prévention d'une infection : traitement précoce de toute infection, pas d'IM homolatérale

5-Surveillance

Clinique : douleurs, EVA, quantité d'antalgiques, **périmètre de marche,** indice algo-fonctionnel de **Lequesne,** poussées inflammatoires, reprise de l'**éducation** de la patiente

Paraclinique : Rx de hanches bilatérales et comparatives

OSTEONECROSE ASEPTIQUE

Traitement étiologique et arrêt des facteurs de risque
Décharge ; kiné
Déclaration de maladie professionnelle n°29 (selon)
Surveillance controlatérale

1-Traitement étiologique et arrêt des facteurs de risque (+ alcool = prév du DT)

2-Traitement physique
- **Décharge** de l'articulation
- **Kiné** = apprentissage du pas simulé

3-Traitement médicamenteux
- **Antalgiques**
- AINS

4-Traitement chirurgical
- Préventif = discuter le forage biopsique
- Curatif = PTH au stade évolué

5-Déclaration de maladie professionnelle n°29 (selon)

6-Surveillance (controlatérale)

MALADIE DE PAGET

Anti-ostéoclastiques : biphosphonates

1-Mise en condition

Hospitalisation courte

Pas d'immobilisation prolongée (risque hypercalcémie)

2-Anti-ostéoclastiques : biphosphonates

Indications : risque fracturaire ou neurologique, douleurs liées à une poussée évolutive

Type : Skénid® (tiludronate) per os pour 6 mois

3-Traitement à discuter

Antalgiques et AINS si poussées évolutives

Chirurgie si complications

4-Surveillance

Clinique : douleurs, complications, dégénérescence sarcomateuse

Radiologique : /an

Biologique : PAL (ostéoblastes), hydroxyprolinurie des 24 H (ostéoclastes)

SYNDROME DU CANAL CARPIEN

Traitement étiologique !!!
Infiltration de corticoïdes
Section du ligament annulaire antérieur du carpe ; neurolyse du nerf médian
Mesures socioprofessionnelles

1-Traitement étiologique !!!

2-Traitement physique
- Mise au **repos** du poignet
- Attelle de repos nocturne

3-Traitement médical
- Antalgiques (EVA)
- **Infiltration de corticoïdes** du canal carpien

4-Traitement chirurgical
- Indications :
  - Echec de 3 infiltrations
  - Récidive rapide après traitement
  - Dénervation à l'EMG
  - Déficit moteur
- Type :
  - **Section du ligament annulaire antérieur du carpe**
  - **Neurolyse du nerf médian**

5-Mesures socioprofessionnelles
- Arrêt de l'activité professionnelle
- Maladie professionnelle n°57
- Reclassement socioprofessionnel

6-Surveillance

POLYARTHRITE RHUMATOIDE

Traitement de fond médical en fonction su stade
Méthotrexate®, Novatrex®
Effets secondaires : pneumopathie interstitielle immuno-allergique
Surveillance : β-hCg, NFS, plaquettes, BHC, Urée, créat
Mise en place : en l'absence de CI, contraception, acide folique, doses progressives, 5 mg à 15 mg/sem, pneumopathie

I-PRINCIPE THERAPEUTIQUE

1-Traitement médicamenteux à disposition

Après bilan pré-thérapeutique
Agressif d'emblée
En l'absence de CI
Type :

Traitement sympt.	Traitement de fond			
	Doute diagnostique	**Bénin intermédiaire**	**Sévère**	**Réfractaire**
-Antalgiques -AINS -Corticoïdes (dose min. efficace)	Plaquenil®	**Méthotrexate®**	**Méthotrexate®** (+/- anti-TNF)	Anti-TNF + Méthotrexate®

2-Traitement physique

Rééducation par **kiné**
Crénothérapie
Ergothérapie
(Chirurgie à un stade évolué)

3-Mesures psychosociales

ALD : 100%
Arrêt de travail quand poussée
Prise en charge psychologique

4-Surveillance

Clinique :
- Efficacité = **Score du DAS28 +++**, indice de Ritchie, réveils nocturnes,dérouillage matinal, indice de synovites, EVA, quantité d'antalgiques
- Tolérance = (MTX = toux, dyspnée, cutané, ulcération buccale)
- Complications

Paraclinique :
- Efficacité = NFS, VS, CRP, Rx
- Tolérance = (MTX : NFS, BHC, plaquettes)

II-PRECISIONS SUR LES THERAPEUTIQUES ACTUELLES

	Effets secondaires	**Surveillance**	**Mise en place**
Hydro-chloroquine Plaquenil®	-Rétinopathie -Toxidermie -Agranulocytose	-ERG -NFS, plaquettes	
Méthotrexate® !!! Novatrex®	-Hépatique -**Pneumopathie interstitielle immuno-allergique** -Agranulocytose	**-β-hCg** **-NFS, plaquettes** **-BHC** **-Urée, créat**	-PO ou IM **-En l'absence de CI** (grossesse, IHC, IR, cytopénie, infections) **-Contraception** **-Acide folique** **-Doses progressives 5 mg à15 mg/sem** -Arrêt du traitement : toxicité hémato, ASAT ≥ 3N, **pneumopathie**
Anti-TNF Rémicade®	-Agranulocytose -Tuberculose	-NFS, plaquettes -Rx de thorax -IDR	-IV -En l'absence de CI (néoplasie ou infection évolutive, ATCD de tuberculose non traitée, grossesse)

SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE

Traitement médicamenteux
Traitement physique : kinésithérapie, règles hygiéno-diététiques
Mesures socioprofessionnelles et psychologiques

1-Traitement médicamenteux

Des poussées :
- **AINS +++** dont pyrazolés (en 2ème ou 3ème intention)

De fond :
- RCH et Cronh = Salazopirine®
- Psoriasis = Méthotrexate®
- Arthrite réactionnelle = atb (selon), éducation MST (selon)
- **SPA = anti-TNF**

Infiltration de corticoïdes

2-Traitement physique

Kinésithérapie, musculation, crénothérapie
Règles hygiéno-diététiques : repos, dormir sur un plan dur, talonnette
Natation sur le dos

3-Mesures socioprofessionnelles et psychologiques

ALD 100% dans les formes évoluées
Reclassement socioprofessionnel selon
Prise en charge psychologique

4-Surveillance

Clinique : douleurs ulcéreuses, fréquence des poussées, consommation d'antalgiques, enraidissement (taille, indice de Schröber, ampliation thoracique, distance occiput-mur et menton-sternum), **hanche**
Paraclinique : VS, rénal

NB *: il existe de nouveaux indices :*
BASDAI (indice d'activité de la maladie)
BASFI (indice fonctionnel)

MALADIE DE HORTON

Urgence
Corticothérapie
Mesures associées à la corticothérapie

1-Mise en condition
- **Urgence** médicale, pronostic visuel
- Hospitalisation
- 1 VVP

2-Corticothérapie
- 3 bolus IV si atteinte oculaire
- Traitement d'attaque à 0.7-1 mg/kg/j 1 mois
- Sans attendre résultats BAT
- Traitement prolongé : 18 mois
- Prévention de l'insuffisance surrénale :
  - Décroissance progressive jusqu'à 5 mg/j
  - Remplacer par 20 mg d'hydrocortisone durant 1 mois
  - Test au Synacthène®
  - Selon le résultat, continuer ou arrêter les corticoïdes

3-Mesures associées à la corticothérapie
- Mopral® si besoin
- Régime riche en protéines et en potassium
- Régime pauvre en sucres rapides, en graisse et en sodium (hyposodé)
- Vitamine D + calcium
- Biphosphonates
- Mintezole : si antillais car anguillose
- Antituberculeux : si antécédent de tuberculose
- Traitement des foyers infectieux
- Education

4-Surveillance
- Efficacité : clinique, ophtalmo et VS
- Corticothérapie : poids, TA, NFS, iono, gly, ODM

***NB** : infection sous corticoïdes :*
- *Etat de stress = risque insuffisance surrénale aiguë*
- *Hospitalisation*
- *Augmenter les corticoïdes*
- *Traitement de l'infection*

ANTI-INFLAMMATOIRES NON-STEROIDIENS

1-Contre-indications : « magis »
- Médicaments interactions (AVK !!!)
- Allergie
- Grossesse et allaitement
- Insuffisance sévère : hépatique, rénale, cardiaque
- Sang : ulcère gastro-duodénal

2-Méthode de mise en place
- En l'absence de **CI**
- Recherche d'**interactions médicamenteuses : AVK !!!,** diurétique, sulfamide hypoglycémiant, **IEC,** lithium
- Fibroscopie digestive haute au moindre doute ulcéreux
- **Mopral®** si : ≥ 65 ans, douleurs épigastriques, UGD évolutif
- **Surveillance** du traitement

3-Effets secondaires
- Digestif : UGD, sigmoïdite
- Rénal : insuffisance rénale fonctionnelle, néphropathie tubulo-interstitielle, hyperkaliémie
- Allergie
- Autres : fasciite nécrosante, hépatite, vertiges, cytopénie

CORTICOIDES

Effets secondaires : cutané, obésité, HTA, infections, ostéoporose, insuffisance surrénale, diabète, UGD
Mise en place : régime riche en protéines et en potassium, pauvre en sucres rapides, en graisse et en sodium ; Vitamine D + calcium ; surveillance

1-Contre-indications : « pudici »
- Psychiatrique grave
- UGD en évolution
- Diabète déséquilibré
- Infection sévère évolutive
- Cornée : kératite herpétique
- Insuffisance cardiaque, HTA

2-Effets secondaires : « corticoïde »
- **Cutané :** vergetures, amincissement
- **Obésité** fascio-tronculaire
- Rétention hydrosodée : **HTA**
- Triglycérides augmentés
- **Infections** (tuberculose et anguillulose)
- Cataracte et glaucome
- **Ostéoporose,** ostéonécrose aseptique
- **Insuffisance surrénale**
- **Diabète**
- Estomac : **UGD**

3-Mise en place
- En l'absence de CI
- Mesures associées à la corticothérapie :
  - Mopral® si besoin
  - Régime **riche en protéines et en potassium**
  - Régime **pauvre en sucres rapides, en graisse et en sodium**
  - **Vitamine D + calcium**
  - Biphosphonates (si ménauposée ou T-score ≤ -1,5 DS)
  - Mintezole : si antillais car anguillose
  - Antituberculeux : si antécédent de tuberculose
- Prévention de l'insuffisance surrénale :
  - Décroissance progressive jusqu'à 5 mg/kg/j
  - Remplacer par 20 mg d'hydrocortisone durant 1 mois
  - Test au Synacthène®
  - Selon le résultat, continuer ou arrêter les corticoïdes
- **Surveillance :** poids, TA, NFS, iono, gly, ODM

4-Infection sous corticoïdes
- Etat de stress = risque d'insuffisance surrénale aiguë
- Hospitalisation
- Augmenter les corticoïdes
- Traitement de l'infection

PRESCRIRE UNE KINESITHERAPIE

Contenu de la prescription médicale : urgent ; « bilan et rééducation de... articulations dans le cadre de... pathologie actuelle » ; contre-indications

1-Forme de la prescription médicale

Médecin : nom, fonction, numéro de Siret, cachet, signature
Patient : nom, prénom
Lieu, date
+/- Ordonnance à 100%
+/- Entente préalable à la Sécurité Sociale

2-Contenu de la prescription médicale

Caractère **urgent**
« Bilan et rééducation de... articulations en cause
dans le cadre de... pathologie actuelle »
Le kiné fixe la durée et le nombre de séances
Lieu : domicile, centre, piscine
Buts (en respectant le secret médical)
Contre-indications
Social : 100%, accident du travail

***NB** : pour un bonus, récupérez les phrases clés dans le JO n°231 du 5 octobre 2000 page 15763 titre XIV*

PRESCRIRE UNE ORTHOPHONIE

Contenu de la prescription médicale : « bilan orthophonique » ; « avec rééducation si nécessaire » ; « dans le cadre de... »

1-Forme de la prescription médicale

Médecin : nom, fonction, numéro de Siret, cachet, signature
Patient : nom, prénom
Lieu, date
+/- Ordonnance à 100%
+/- Entente préalable à la Sécurité Sociale

2-Contenu de la prescription médicale

« Bilan orthophonique »
« Avec rééducation si nécessaire »
« Dans le cadre de... »

NB : *pour un bonus, récupérez les phrases clés dans le JO n°231 du 5 octobre 2000 page 15763 titre XIV*

PRESCRIRE UNE BALNEOTHERAPIE

1-Forme de la prescription médicale

Médecin : nom, fonction, numéro de Siret, cachet, signature
Patient : nom, prénom
Lieu, date
+/- Ordonnance à 100%
+/- Entente préalable à la Sécurité Sociale

2-Contenu de la prescription médicale

Orientation thérapeutique
Station proposée (la plus proche)
Avec ou sans hospitalisation
Dans le cadre ou non d'une affection de longue durée
Durée : 18 à 21 jours
Le placement en maison d'enfants est prévu

HYPERCALCEMIE

Urgence, scope cardio-tensionnel, hyperhydratation
Traitements **hypocalcémiants** : biphosphonates IV ; **diurèse forcée au Lasilix®** avec hyperhydratation (très discutée)
Arrêt des facteurs aggravants

1-Urgence, scope cardio-tensionnel

2-Hyperhydratation

3-Traitements hypocalcémiants
- **Biphosphonates IV** (Arédia®)
- Corticoïdes (si myélome, métastase ou sarcoïdose)
- Calcitonine (si urgence +++)
- Diurèse forcée au Lasilix® avec hyperhydratation **(très discutée)**
- Epuration extra-rénale (en dernier recours)

4-Arrêt des facteurs aggravants
- Régime pauvre en calcium
- Arrêt des digitaliques
- Arrêt de tout traitement hypokaliémiant

5-Traitement étiologique

6-Surveillance (ECG)

LOMBOSCIATIQUE COMMUNE

Type de traitement médico-chirurgical : discectomie ; antalgiques, AINS, myorelaxants ; infiltration épidurale de corticoïdes ; corset en résine 1 mois
Traitement des facteurs favorisants : réduction de la surcharge pondérale ; travail

1-Type de traitement médico-chirurgical

Signes de gravité : -Paralysante (déficit ≤ 3) -Syndrome de la queue-de-cheval -Hyperalgique	Absence de signes de gravité	
-Urgence neurochirurgicale -Hospitalisation, mise en condition -Bilan : TDM, IRM, pré-opératoire -Traitement neurochirurgical : décompression laminaire et **discectomie** -Kinésithérapie	J 0	-Bilan : aucun -Ambulatoire, repos au lit, arrêt de travail **-Antalgiques, AINS, myorelaxants** -Consulter à J5 et plus tôt si signes de gravité -Kinésithérapie
	Echec à 6 sem	-Bilan : Rx rachis lombaire face et profil + centré sur L5-S1 **-Infiltration épidurale de corticoïdes** **-Corset en résine 1 mois** -Kinésithérapie
	Echec	-Hospitalisation, mise en condition -Bilan : TDM, IRM, pré-opératoire -Traitement neurochirurgical : décompression et **discectomie** -Kinésithérapie

Echec du traitement chirurgical à distance :
-Bilan : IRM
-Deux étiologies :
. Fibrose péri-nerveuse post-chirurgicale (chronique : antidépresseurs, aigu : antiépileptiques)
. Récidive de la hernie (traitement neurochirurgical)

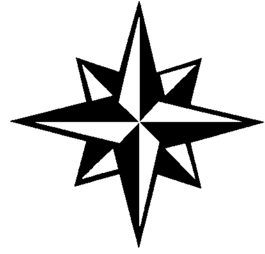
2-Kinésithérapie (prescription médicale)

20 séances de rééducation fonctionnelle lombaire
Après régression durable des phénomènes douloureux
A type de :
- Gymnastique rachidienne lombaire
- Apprentissage du verrouillage lombaire
- Rééducation proprioceptive
- Hygiène rachidienne
- Tonification musculaire = abdominaux et para-vertébraux
- Correction de troubles de la statique

3-Traitement des facteurs favorisants

Réduction de la surcharge pondérale
Education du patient
Adaptation de poste de **travail**
Eventuelle déclaration d'accident du travail

4-Surveillance



SANTE PUBLIQUE



BASE THEORIQUE MEDICAMENTEUSE

RELATION DOSE/EFFET
Dose ; relation dose/effet : pharmacocinétique ; relation concentration/effet : pharmacodynamie
INTERACTION MEDICAMENTEUSE
Inducteur enzymatique : effets : inactive
Inhibiteur enzymatique : effets : potentialise
Médicaments liés à l'albumine : effets : potentialise le médicament ayant le moins d'affinité avec l'albumine
JUSTIFICATION D'UN ACCIDENT MEDICAMENTEUX
Critères d'imputabilité intrinsèque : chronologique, sémiologique, absence d'autre cause
Critères d'imputabilité extrinsèque (bibliographie)
AFFECTIONS IATROGENIQUES
Médicaments concernés : AVK, AINS
Matériel concerné : gestes invasifs (= infection nosocomiale), KT central (= pneumothorax)
Facteurs de risque de iatrogénie : âge élevé, insuffisance rénale ou hépatocellulaire, ≥ 4 médicaments, interaction médicamenteuse

I-RELATION DOSE/EFFET

Dose	-Quantité -Fréquence -Mode d'administration
Relation dose/effet : Pharmacocinétique	-Résorption -Distribution -Métabolisme -Elimination
Relation concentration/effet : Pharmacodynamie	-

II-INTERACTION MEDICAMENTEUSE

	Inducteur enzymatique	**Inhibiteur enzymatique**	**Médicaments liés à l'albumine**
Effets	**Inactive** le médicament	**Potentialise** le médicament	**Potentialise le médicament ayant le moins d'affinité avec l'albumine**
Exemples	Griséofulvine Rifampicine Alcool Barbiturique Hydantoïnes Carbamazépine	Kétoconazole Allopurinol Lipavlon IMAO® Cimétidine	Phénylbutazone AINS/aspirine AVK Sulfamide

III-JUSTIFICATION D'UN ACCIDENT MEDICAMENTEUX

1-Critères d'imputabilité intrinsèque

- **Chronologique** : début, arrêt, délai
- **Sémiologique**
- **Absence d'autre cause**

2-Critères d'imputabilité extrinsèque (bibliographie)

IV-AFFECTIONS IATROGENIQUES

Médicaments concernés	-**AVK** (= hémorragie) -**AINS** (= UGD) -Sulfamide hypoglycémiant (= hypoglycémie) -Biguanide (= acidose lactique) -Digitalique (= intoxication) -Antibiotique (= toxidermie médicamenteuse)
Matériel concerné	**-Gestes invasifs (= infection nosocomiale)** **-KT central (= pneumothorax)** -Point de ponction (= hématome) -SNG (= pneumopathie de déglutition)
Facteurs de risque de iatrogénie	-**Age élevé** (baisse du volume d'eau corporelle) **-Insuffisance rénale ou hépatocellulaire** **-≥ 4 médicaments** **-Interaction médicamenteuse** -Antécédent de iatrogénie -Polypathologie -Observance du traitement

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE EPIDEMIE

Confirmer l'épidémie
Alerter les autorités sanitaires
Traiter les sujets concernés
Mesures préventives
Compléter l'enquête épidémio
Contrôler l'épidémie

Confirmer l'épidémie	-Confirmer le diagnostic -Recenser les cas, identifier les cas urgents -Confirmer le caractère épidémique -Identifier le type de transmission
Alerter les autorités sanitaires	-
Traiter les sujets concernés	-
Mesures préventives	-Traitement de la source -Isolement/éviction scolaire et traitement des sujets -Prophylaxie des contacts
Compléter l'enquête épidémio	-Enquête cas/témoins -Calcul du taux d'attaque -Recherche d'autre cas similaire
Contrôler l'épidémie	Dispositif de surveillance

PREVENTION DES INFECTIONS URINAIRES NOSOCOMIALES

Médicale : limiter les indications et la durée de sondage ; pas d'antibiotique en systématique ; CLIN
Paramédicale : stérile ; drainage clos des urines ; toilette
Personnelle : boissons abondantes

1-Médicale

Limiter les indications et la durée de sondage
Pas d'antibiotique en systématique
CAT précise en cas d'infection
Déclaration au **CLIN** des infections nosocomiales

2-Paramédicale

Hygiène des mains et pose **stérile**
Drainage clos des urines
Toilette journalière (sonde et méat)
Ne pas laisser traîner le sac à terre
Changer le sac si détérioré
Ne pas clamper avant ablation

3-Personnelle

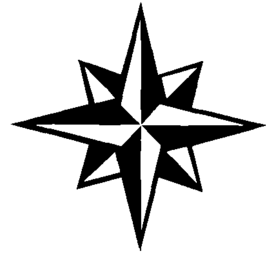
5- Boissons abondantes

4-Surveillance régulière clinique

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX : CAT EN CAS DE CANICULE

Conseils individuels : intérieur, climatisé, ombre, vêtements clairs, bains frais, boire, alimentation
Conseils collectifs : aider, prendre régulièrement de leurs nouvelles

Conseils individuels	1-Rester à l'**intérieur**/éviter de sortir 2-2 à 3 h par jour minimum dans un endroit **climatisé** 3-Rester à l'**ombre** si vous sortez 4-**Vêtements clairs** et chapeau 5-Douches et **bains frais** 6-**Boire** au moins 1,5 à 2 l par jour 7-Pas d'alcool/pas de boisson caféinée 8-**Alimentation** solide/fruits 9-Eviter les activités avec dépense d'énergie trop importante
Conseils collectifs	1-**Aider** les personnes dépendantes 2-**Prendre régulièrement de leurs nouvelles**



STOMATOLOGIE



FOYERS INFECTIEUX DENTAIRES

<u>CARIE</u>
Curatif : éliminer la dentine cariée ; obturer la cavité détergée par une pâte
Préventif : brossage pluri-quotidien; hygiène alimentaire; détartrage
<u>PULPITE AIGUE / DESMODONTITE AIGUE</u>
Pulpite : pulpectomie totale ; obturation secondaire par pâte
Desmodontite aiguë : traitement conservateur si possible : trépanation de la dent et de la chambre pulpaire, drainage et exérèse des tissus nécrosés ; antibiothérapie
<u>CELLULITE DENTAIRE</u>
Antibiothérapie intra-veineuse
Traitement étiologique par extraction de la dent causale, drainage de l'abcès, excision des tissus nécrosés, désinfection et lavage

I-CARIE

Curatif	**1-Eliminer la dentine cariée** **2-Obturer la cavité détergée par une pâte** 3-Surveillance 4-Education sur les mesures préventives
Préventif	**1-Brossage pluri-quotidien pour éliminer la plaque dentaire** 2-Utilisation d'un fil dentaire **3-Hygiène alimentaire (pas de sucre entre les repas)** **4-Détartrage** tous les 6 mois 5-Dépistage des caries et traitement

II-PULPITE AIGUE / DESMODONTITE AIGUE

Pulpite aiguë	1-Urgence dentaire 2-**Dévitalisation de la dent concernée :** -Trépanation de la dent et de la chambre pulpaire **-Pulpectomie totale** **-Obturation secondaire par pâte** 3-Bilan dentaire et **traitement d'éventuelles caries associées** 4-Surveillance (et éducation sur la prévention des caries)
Desmodontite aiguë	1-Urgence dentaire 2-**Traitement conservateur si possible :** **-Trépanation de la dent et de la chambre pulpaire** **-Drainage et exérèse des tissus nécrosés** -Désinfection des canaux -Obturation secondaire par pâte -Traitement radical par extraction dentaire si échec 3-**Antibiothérapie** 4-Surveillance (et éducation sur la prévention des caries)

III-CELLULITE DENTAIRE

1-Mise en condition
Urgence médico-chirurgicale
Hospitalisation, à jeun, bilan pré-opératoire

2-Traitement médical
Arrêt des AINS
Antibiothérapie IV (PeniG + clindamycine)
Antalgiques
Si thrombophlébite : anticoagulation efficace

3-Traitement chirurgical
Sous AG
Prélèvements bactériologiques
Traitement étiologique par extraction de la dent causale
Drainage de l'abcès
Excision des tissus nécrosés
Désinfection et lavage

4-Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité du traitement

LITHIASES SALIVAIRES

NON COMPLIQUEE : HERNIE OU COLIQUE SALIVAIRE
Règles hygiéno-diététiques
Traitement médical symptomatique à la phase aiguë
Traitement chirurgical étiologique à distance si récidives
COMPLIQUEE PAR UNE SURINFECTION
Antibiothérapie
Traitement chirurgical étiologique à distance si récidives
TYPES DE TRAITEMENTS CHIRURGICAUX EN FONCTION DES LITHIASES
Méthodes : chirurgie endo-buccale (AL) ; chirurgie exo-buccale (AG) ; lithotripsie extra-corporelle
Complications nerveuses : facial, lingual, mentonnier

I-NON COMPLIQUEE : HERNIE OU COLIQUE SALIVAIRE

1-Règles hygiéno-diététiques (boisson abondante)

2-Traitement médical symptomatique à la phase aiguë

Sialogogue : Sulfarlem®
Antispasmodique : Spasfon®

3-Traitement chirurgical étiologique à distance

Si récidives fréquentes
Avec information des risques opératoires

4-Surveillance clinique

II-COMPLIQUEE PAR UNE SURINFECTION

1-Mise en condition

Hospitalisation à discuter
Urgence médico-chirurgicale

2-Traitement médical

Antibiotique (Augmentin®) **PO ou IV**
Sialogogue : Sulfarlem®
Antispasmodique : Spasfon®
Bains de bouche antiseptiques : Hextril®

3-Traitement chirurgical étiologique à distance

Avec information des risques opératoires

4-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

III-TYPES DE TRAITEMENTS CHIRURGICAUX EN FONCTION DES LITHIASES

Méthodes	1-**Lithotripsie extra-corporelle** 2-**Chirurgie endo-buccale (AL)** 3-**Chirurgie exo-buccale (AG) :** -Exérèse de la glande et du canal excréteur -Prélèvements bactériologiques -Drainage d'une collection purulente	
Complications	Calcul parotidien	-Atteinte du nerf **facial**
	Calcul sous-maxillaire	-Atteinte du nerf **lingual** -Atteinte du nerf **mentonnier**

ADENOME PLEIOMORPHE DE LA PAROTIDE

Patient informé du risque de lésion du nerf facial
Parotidectomie totale conservatrice du facial

1-Patient informé du risque de lésion du nerf facial

2-Traitement chirurgical

Parotidectomie totale conservatrice du facial
Après incision pré-tragienne et dissection du nerf facial
Examen extemporané
Anatomopathologie définitive de la pièce opératoire

3-Soins de la cicatrice

4-Surveillance

TRAUMATISME FACIAL

FRACTURE MANDIBULAIRE NON-CONDYLIENNE
Chirurgical : réduction ; ostéosynthèse ; par plaques vissées
Orthopédique : blocage inter-maxillaire ; par arcs métalliques ; 5 à 6 sem ; pince à couper +++
Mesures associées : arrêt de travail
Surveillance clinique et radiologique
FRACTURE MANDIBULAIRE CONDYLIENNE
Orthopédique : blocage inter-maxillaire ; par arcs métalliques ; 2 sem ; pince à couper +++
LUXATION ANTERIEURE DE LA MANDIBULE
Réduction en urgence par manœuvre externe de Nelaton
Contrôle radiologique
BLOW OUT FRACTURE (plancher de l'orbite)
Libération du péri-orbite avec désincarcération éventuel du muscle droit inférieur
Reconstruction du plancher orbitaire avec greffon osseux ou plaque de PDS
Test de duction forcée en post-opératoire

I-FRACTURE MANDIBULAIRE NON-CONDYLIENNE

1-Mise en condition
- Hospitalisation courte
- Traitement d'une asphyxie en urgence
- Information au patient du risque de séquelles post-opératoires
- **Alimentation mixée ou liquide**

2-Traitement médical
- Antalgique
- Anti-inflammatoire
- Antibiothérapie si ouverture cutanée

3-Traitement curatif

Chirurgical	Orthopédique
-Réduction **-Ostéosynthèse** **-Par plaques vissées**	**-Blocage inter-maxillaire** **-Par arcs métalliques** **-5 à 6 sem** **-Pince à couper +++**

4-Mesures associées
- Kinésithérapie avec rééducation précoce prolongée
- Hygiène bucco-dentaire
- **Arrêt de travail**

5-Surveillance clinique et radiologique

II-FRACTURE MANDIBULAIRE CONDYLIENNE

1-Traitement médical
- Antalgique
- Anti-inflammatoire
- Antibiothérapie si ouverture cutanée

2-Traitement curatif
- Blocage bi-maxillaire 2 sem
- Orthopédique : blocage inter-maxillaire ; par arcs métalliques ; 5 à 6 sem ; pince à couper +++

3-Mesures associées
- Arrêt de travail

4-Surveillance clinique et radiologique

III-LUXATION ANTERIEURE DE LA MANDIBULE

1-Réduction en urgence par manœuvre externe de Nelaton

- Patient assis face au médecin
- Tête adossée contre le mur
- Les deux mains empoignent la mandibule
- Avec les pouces protégés posés sur les molaires
- Pression en bas et en arrière en demandant au patient de fermer la bouche
- Si échec, réduction sous AG

2-Contrôle radiologique de la réduction

3-Mesures associées

- Contention par fronde élastique (10 j)
- Alimentation mixée (10 j)
- Antalgiques à la demande

4-Traitement chirurgical si récidives fréquentes

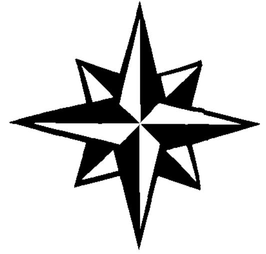
- Butée pré-articulaire

5-Surveillance clinique

IV-BLOW OUT FRACTURE (plancher de l'orbite)

Traitement chirurgical en urgence :

- Libération du péri-orbite avec désincarcération éventuel du muscle droit inférieur
- Reconstruction du plancher orbitaire avec greffon osseux ou plaque de PDS
- Test de duction forcée en post-opératoire



TOXICOLOGIE



INTOXICATION AUX MEDICAMENTS NON-STUPEFIANTS

ASPIRINE :
Antipyrétique physique, lavage gastrique + charbon activé si intox. < 1 h 30 ; diurèse alcaline ; rénale
PARACETAMOL :
Antipyrétique physique, lavage gastrique + charbon activé si intox.< 1 h 30 ; N-Acétylcystéine : Mucomyst® ; rénale ; vitamine K
BENZODIAZEPINE :
Anexate® : flumazénil
ANTIDEPRESSEUR TRICYCLIQUE :
Lactate de sodium molaire ; SEES si trouble de la conduction ; anticonvulsivants si nécessaire

I-ASPIRINE/PARACETAMOL

Aspirine	Paracétamol
1-Au domicile : -Eliminer une association de toxiques -Transport par SAMU 2-Mise en condition : -Urgence, hospitalisation -LVAS, O2 nasal, ± IVA -1 vvp, rééquilibration hydro-électrolytique -**Antipyrétique physique** (découvrir) 3-**Lavage gastrique + charbon activé si intox. < 1 h 30**	
4-**Diurèse alcaline** -1 l de G5 + 1 l de mannitol + 1 l de HCO3- -Pour avoir un pHu > 8 5-EER si insuffisance **rénale** 6-Vit. K	4-**N-Acétylcystéine : Mucomyst®** -IV si charbon activé +++ -Précocement -Si pronostic grave 5-Corriger une insuffisance **rénale** 6-**Vitamine K** per os si trouble de la coagulation
-Surveillance clinique, biologique et ECG de la tolérance et de l'efficacité du traitement -Psychothérapie, sociothérapie et prise en charge psychiatrique	

II-BENZODIAZEPINE/ANTIDEPRESSEUR TRICYCLIQUE

Benzodiazépine	Antidépresseur tricyclique
1-Au domicile : -Eliminer une association de toxiques -Transport par SAMU 2-Mise en condition : -Urgence, hospitalisation -LVAS, O2 nasal, ± IVA -1 vvp, rééquilibration hydro-électrolytique 3-Lavage gastrique + charbon activé fct° délai	
4-**Anexate® : flumazénil** -CI si intoxication aux tricycliques -A doses modérées pour éviter le syndrome de sevrage -Avec dose de charge comme test thérapeutique	4-Perfusion de **lactate de sodium molaire** si QRS > 0,12 s 5-**SEES si trouble de la conduction** 6-**Anticonvulsivants si nécessaire**
-Surveillance clinique, biologique et ECG de la tolérance et de l'efficacité du traitement -Psychothérapie, sociothérapie et prise en charge psychiatrique	

INTOXICATION AUX MEDICAMENTS STUPEFIANTS

MORPHINE
Traitement spécifique : naloxone Narcan®
AMPHETAMINE
Mise en condition : scope cardio-tensionnel
Traitement médicamenteux : Largactil® (chlorpromazine) si agitation, antiépileptiques si crise convulsive, β-bloquants si HTA et/ou ESV
Psychothérapie, sociothérapie et prise en charge psychiatrique

I-MORPHINE

1-Mise en condition

Urgence, hospitalisation en USI
LVAS, oxygénothérapie nasale, voire IVA
1 vvp et perfusion de glucosé

2-Traitement spécifique

Naloxone Narcan® (antagoniste pur)
Par voie IV
Jusqu'à normalisation des volumes respiratoires

3-Surveillance clinique et paraclinique

II-AMPHETAMINE

1-Mise en condition

Urgence, hospitalisation en USI
LVAS, oxygénothérapie nasale, voire IVA
1 vvp et perfusion de glucosé
Scope cardio-tensionnel

2-Traitement médicamenteux

Largactil® (chlorpromazine) si agitation
Antiépileptiques si crise convulsive
β-bloquants si HTA et/ou ESV

3-Prise en charge psychiatrique pour éviter les récidives

4-Surveillance

Clinique, biologique et ECG
De la tolérance et de l'efficacité du traitement

5-Psychothérapie, sociothérapie et prise en charge psychiatrique

INTOXICATION AU CO

Au domicile : soustraire de l'atmosphère toxique
Mise en condition
Oxygénothérapie normobare (8 à 10 L/min)
Oxygénothérapie hyperbare si indications
Déclaration de maladie professionnelle et traiter la source
Psychothérapie, sociothérapie et prise en charge psychiatrique

1-Au domicile

Soustraire de l'atmosphère toxique
Transport par SAMU

2-Mise en condition

Urgence, hospitalisation
LVAS, ± IVA
1 vvp, rééquilibration hydro-électrolytique

3-Oxygénothérapie normobare (8 à 10 L/min)

4-Oxygénothérapie hyperbare si indications

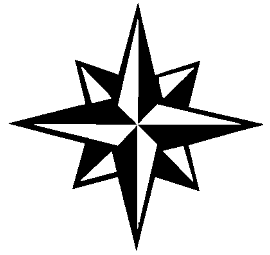
Indications	Bilan pré-thérapeutique
-Perte de connaissance -Signes neuro-persistants objectifs -Angor ou trouble du rythme ventriculaire -HbCO > 40% -Terrain : femme enceinte, enfant, sujet âgé	-Rx de thorax -ECG -Dosage de CO -Examen otoscopique

5-Déclaration de maladie professionnelle et traiter la source

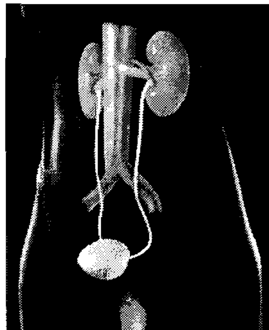
6-Surveillance

Clinique, biologique et ECG
De la tolérance et de l'efficacité du traitement
Education pour prévenir les récidives

7-Psychothérapie, sociothérapie et prise en charge psychiatrique



UROLOGIE



LITHIASES URINAIRES

TRAITEMENT DES LITHIASES
Traitement de la colique néphrétique
Prévention des récidives par règles hygiéno-diététiques :
- Calcique : Volvic®
- PAM : coralliforme : Vichy®, alcalinisation des urines, allopurinol
- Urique : antibiothérapie

Traitement curatif chirurgical (selon les indications)

I-RAPPEL SUR LES LITHIASES

Lithiase	Fréquence	Radio	pH	Autre
Calcique	**75%**	Opaque	Alcalin	-
PAM : coralliforme	15%	Opaque	Alcalin	**IU** à Proteus Mirabelis
Urique	8%	Transparent	**Acide**	-
Cyntinique, xanthique	-	-	-	-

II-TRAITEMENT DES LITHIASES

1-Traitement de la colique néphrétique

2-Prévention des récidives par règles hygiéno-diététiques

Calcique	1-Cure de diurèse : 3 L/j de **Volvic®** (faible taux de Ca) 2-Mesures diététiques : limiter protéines, sel, sucres rapides, calcium, oxalate (chocolat)
PAM : coralliforme	1-**Régime** hypopurinique 2-Cure de diurèse alcaline : **Vichy®** 3-**Alcalinisation des urines** (selon) 4-**Allopurinol** si hyperuratrurie > 4 mmol/j
Urique	1-**Antibiothérapie** contre l'IU 2-Lutte contre le RPM 3-Traitement d'une anomalie urinaire

3-Traitement curatif chirurgical (selon)

Indications selon	1-Siège, taille et composition 2-Anomalie urologique associée 3-Fonction rénale
Types de traitement	1-**Lithotripsie extra-corporelle** 2-Endoscopie 3-Néphro-lithotomie percutanée 4-Chirurgie à ciel ouvert 5-Abstention

4-Surveillance et éducation du patient

COLIQUE NEPHRETIQUE

<u>SIMPLE :</u>
Pas d'hospitalisation : restriction hydrique, tamisage des urines ; antalgiques, AINS, antispasmodiques ; traitement étiologique
<u>COMPLIQUE :</u>
Hospitalisation : drainage des urines, sonde urétérale, sonde JJ ; antibiotiques si fièvre, antalgique + AINS + antispasmodique ; traitement étiologique

Simple : Pas d'hospitalisation	1-Mise en condition : -Urgence médicale, 1 vvp -Repos au lit -**Restriction hydrique** (500 cc/24 h) -**Tamisage des urines** 2-Traitement médical symptomatique : -**Antalgiques :** Di-Antalvic® 2 gel x 3/j -**AINS** : Profénid® 1 amp en 30 min -**Antispasmodiques :** Spasfon® 2 amp en 30 min -Morphine IV : si hyperalgique 3-Surveillance 4-A distance**, traitement étiologique** avec règles hygiéno-diététiques
Compliqué : Hospitalisation	1-Mise en condition -Urgence médico-chirurgicale -Hospitalisation -A jeun 2-Traitement chirurgical : **drainage des urines** -**Sonde urétérale** (ou) -**Sonde JJ** (ou) -Néphrostomie percutanée 3-Traitement médical : -**Antibiotiques si fièvre** -**Antalgique + AINS + antispasmodique** 4-Surveillance 5-A distance, traitement **étiologique** avec règles hygiéno-diététiques

Critères d'une CN compliquée :
- Fièvre
- Anurie
- Sur rein unique, femme enceinte, IR
- Hyperalgique

HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE

TRAITEMENT DE L'HBP
Règles hygiéno-diététiques
Traitement médical en 1ère intention : Inhibiteur de la 5α-réductase ou α-bloquants
Traitement chirurgical si indications :
Indications : patient gêné par son prostatisme, résidu mictionnel > 100 cc, retentissement réno-vésical, RAU ou IU récidivantes, débit urinaire < 5 mL/s, hématurie
Type de traitement :
< 60 g : résection trans-urétrale de prostate
> 60 g : adénectomie

I-TRAITEMENT DE L'HBP

1-Règles hygiéno-diététiques

Limiter alcool et épices
Ci aux anticholinergiques
Eviter la station assise, sport régulier
Traiter une constipation

2-Traitement médical en 1ère intention

Monothérapie (RMO)

Poids de l'adénome	Traitement	Effets secondaires
< 40 g	**Inhibiteur de la 5α-réductase** (Proscar®)	Trouble de la libido
> 40 g	**α-bloquants** (Xatral®)	-Hypotension orthostatique -Nausées -Vertiges

± Phytothérapie (extraits de plantes à action subjective)

3-Traitement chirurgical si indications

Indications		**-Patient gêné par son prostatisme -Résidu mictionnel > 100 cc -Retentissement réno-vésical -RAU ou IU récidivantes -Débit urinaire < 5 mL/s -Hématurie**
Type de traitement	**< 60 g**	**Résection trans-urétrale de prostate** -Après ECBU et ttt d'une IU -Informer de l'éjaculation rétrograde et de l'absence de trouble de la libido -Anapath des copeaux -Surveillance des effets secondaires Possibilité d'électro-incision cervico-prostatique si < 30 g (moins d'EII)
	> 60 g	**Adénectomie** -Après ECBU et ttt d'une IU -Anapath
	CI à la chir	-Sonde à demeure -Endoprothèse de Fabian

4-Surveillance

Clinique : troubles mictionnels, débitmétrie, TR
Paraclinique : PSA, BU, ± écho vésicale

II-COMPLICATIONS DE LA RTUP

Prévisible = Info au patient	**-Ejaculation rétrograde** -Pas de trouble de la libido
Peropératoire	**-TURP syndrome** -Anesthésie -Hémorragie de la loge de résection
Post-opératoire précoce	**-IU**, abcès, épidydidimite -Thromboembolique **-Hémorragie** de la loge de résection
Post-opératoire tardif	-Dysurie (récidive, sténose urétérale, sclérose du col) -Pollakiurie -Incontinence urinaire -Rétention vésicale chronique

INFECTIONS URINAIRES

<u>REFLUX VESICO-URETERAL ET INFECTIONS URINAIRES</u>
Diagnostic : cystographie rétrograde
Traitement : opération de Cohen
<u>CYSTITE AIGUE</u>
Règles hygiéno-diététiques
Antalgiques et/ou AINS
Antibiothérapie :
Non compliquée : traitement « minute », Uniflox® 1 cp, 1 j
Femme enceinte : traitement « classique », Oroken® 2 cp de 200 mg/j, 5 à 7 j
<u>PYELONEPHRITE AIGUE</u>
Non compliquée : ambulatoire : Oflocet® 2 cp de 200 mg/j, 2 semaines ; diurèse et antalgiques
Compliquée : hospitalisation : fluoroquinolone + aminoside (Nétromicine®), 3 semaines ; drainage des urines infectées si obstacle
<u>PROSTATITE AIGUE</u>
Antibiothérapie : fluoroquinolone (Oflocet®) + aminoside (Nétromicine®), 1 mois
Bains de siège, antalgiques/AINS
Si RAU : drainage par KT sus-pubien
Si suspicion MST : dépistage MST, partenaires, rapports protégés

I-REFLUX VESICO-URETERAL ET INFECTIONS URINAIRES

Diagnostic	**Cystographie rétrograde :** -A distance de l'épisode infectieux -Après ECBU stérile -En 1ère partie de cycle -En l'absence d'allergie à l'iode
Traitement	**Opération de Cohen :** -Après élimination d'une infection urinaire -Reconstitution du trajet urétéral à travers la paroi vésicale

II-CYSTITE AIGUE

1-Règles hygiéno-diététiques

-1,5 L d'eau/j minimum
-Mictions régulières et post-coïtales
-Hygiène périnéale et traitement d'une infection génitale
-Régulariser le transit intestinal
-S'essuyer d'avant en arrière
-Eviter le port de pantalon serré
-Œstrogènes d'action trophique chez la femme ménauposée

2-Antalgiques et/ou AINS

3-Antibiothérapie

Non compliquée	-Traitement « **minute** » **-Uniflox® 1 cp** **-1 j**
Femme enceinte	-Traitement « **classique** » **-Oroken® 2 cp de 200 mg/j** **-5 à 7 j**
Récidivante (> 4/an)	-Antibioprophylaxie -Oroken® 1 cp de 200 mg/j (± 1 cp post-coïtal) -6 à 18 mois

4-Surveillance : clinique et BU (± bilan urologique si échec)

III-PYELONEPHRITE AIGUE

Non compliquée : Ambulatoire	1-Ambulatoire 2-Antibiothérapie : -Fluoroquinolone per os **-Oflocet® 2 cp de 200 mg/j** **-2 semaines** 3-Cure de **diurèse et antalgiques** **4-Surveillance :** -Clinique : douleurs, T°, fosses lombaires -Paraclinique : ECBU, NFS, VS, CRP, iono, créat
Compliquée : Hospitalisation	1-Hospitalisation, mise en condition 2-Antibiothérapie : -Double, bactéricide, synergique par voie parentérale -Après les prélèvements **-Fluoroquinolone + aminoside (Nétromicine®)** -IV et relais per os après 48 h d'apyrexie **-3 semaines** 3-Cure de diurèse et **antalgiques** **4-Surveillance** : -Clinique : douleurs, T°, fosses lombaires -Paraclinique : ECBU, NFS, VS, CRP, iono, créat 5-Mesures associées : **-Drainage des urines infectées si obstacle** -A distance, traitement d'une uropathie favorisante
Abcès rénal	1-Drainage de l'abcès : -Percutané sous écho (ou TDM) ou chirurgical -Examen bactério avec antibiogramme -± Antibiothérapie locale 2-Traitement classique d'une PNA compliquée

Critères de PNA compliquée :

1-Septicémie
2-Terrain fragile
3-Uropathie
4-Rein unique

IV-PROSTATITE AIGUE

1-Mise en condition

Hospitalisation
Repos au lit
Rééquilibration hydro-électrolytique

2-Antibiothérapie

Double, bactéricide, synergique par voie parentérale
Après les prélèvements
Fluoroquinolone (Oflocet®) + aminoside (Nétromicine®)
IV et relais per os après 48 h d'apyrexie
1 mois

3-Traitement symptomatique

Cure de diurèse
Bains de siège
Antalgiques/AINS
α-bloquants si dysurie (ou en systématique)
Laxatifs si constipation

4-Mesures associées

6- **Si RAU : drainage par KT sus-pubien**
7- **Si suspicion MST : dépistage MST, partenaires, rapports protégés**

5-Surveillance

Clinique : douleurs T°, organes génitaux externes
Paraclinique : ECBU, NFS, VS, CRP, iono, créat

TORSION DU TESTICULE

Urgence (< 6 h +++)
Patient prévenu du risque d'orchidectomie (autorisation parentale si mineur)
Traitement chirurgical : détorsion ; appréciation de la vitalité testiculaire :
Recoloration : orchidopexie
Noirâtre : orchidectomie

1-Urgence (< 6 h +++)

2-Patient prévenu du risque d'orchidectomie (autorisation parentale si mineur)

3-Traitement chirurgical

Incision scrotale
Détorsion
Appréciation de la vitalité testiculaire :

Recoloration : Consistance Nale	1er temps	**Orchidopexie** homolatérale
	2ème temps	Orchidopexie controlatérale
Noirâtre : Nécrosé	1er temps	**Orchidectomie**
	2ème temps	Prothèse testiculaire homolatérale Orchidopexie controlatérale

4-Surveillance

RETENTION AIGUE D'URINE

TRAITEMENT GENERAL D'UNE RAU
Drainage des urines en urgence : ECBU ; **sondage urétéral** ; **KT sus-pubien**
Mesures préventives : **vidange lente et progressive (hémorragie vésicale a vacuo)** ; **compensation hydrique (sd de levée d'obstacle) traitement étiologique**
Surveillance clinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement
RAU PAR CAILLOTTAGE INTRAVESICAL :
gros œillets ; double courant

I-TRAITEMENT GENERAL D'UNE RAU

1-Drainage des urines en urgence
Sous stricte asepsie
Avec **ECBU** (et antibiothérapie selon)
Sondage urétéral ou KT sus-pubien selon indications :

Sondage urétéral	KT sus-pubien
-Hématurie/tumeur de vessie -Traitement anticoagulant -Obésité importante -Pontage/chir pelvienne	-Sténose urétérale -Prostatite -Trauma urétéral

2-Mesures préventives

8- **Vidange lente et progressive (hémorragie vésicale a vacuo)**
9- **Compensation hydrique (sd de levée d'obstacle) traitement étiologique**

3-Surveillance clinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement

II-RAU PAR CAILLOTTAGE INTRA-VESICAL
Sonde vésicale à **gros œillets**
A **double courant**
Décaillottage et vidange
Lavages et aspirations

INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT

En 1ère intention : rééducation périnéale
Echec à 3 mois : traitement chirurgical curatif par TVT ; traitement d'un prolapsus

En 1ère intention	1-**Rééducation périnéale** : -Electrostimulation -Biofeedback 2-Œstrogénothérapie locale (selon)
Echec à 3 mois : Traitement chirurgical	1-Traitement **chirurgical curatif :** -TVT (pour IUE pure) ou TDT -Sphincter artificiel (si insuffisance sphinctérienne) 2-**Traitement d'un prolapsus** associé

TROUBLES DE L'ERECTION

Psychothérapie de soutien
Traitement étiologique
Viagra® per os, njection intra-caverneuse de papavérine

1-Psychothérapie de soutien

2-Traitement étiologique

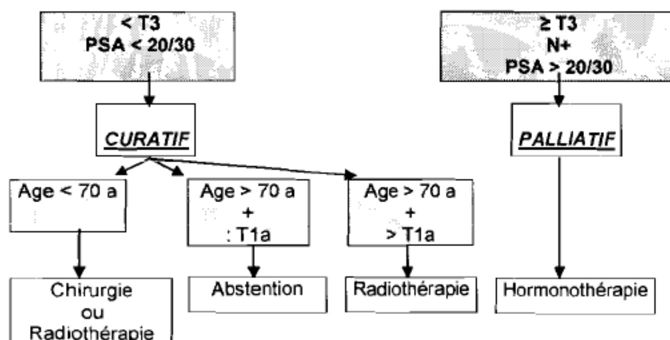
3-Traitement symptomatique
- **Viagra® per os** (en l'absence de CI)
- **Injection intra-caverneuse de papavérine**
- Pompe à dépression

4-Traitement chirurgical en dernier recours
- Revascularisation
- Prothèse pénienne

TUMEUR DE LA PROSTATE

<u>INDICATIONS</u>
< T3, PSA < 20/30 : curatif
≥ T3, N+, PSA > 20/30 : palliatif
<u>TYPES DE TRAITEMENT</u>
Chirurgie :
Modalités : curage obturateur bilatéral ; si N- : prostatectomie radicale, résection vésicules séminales ; anapath
Effets secondaires : impuissance
Radiothérapie ext :
Modalités : champs : prostate + gg
Effets secondaires : impuissance
Hormonothérapie :
Modalités : traitement palliatif ; agoniste de la LH-RH, anti-androgènes (limité à 1mois) ; désobstruction
Effets secondaires : impuissance, effet flare up, échappement hormonal
Surveillance : PSA

I-INDICATIONS



T1a : Gleason < 5 et tumeur unifocale
T3 : effraction capsulaire

II-TYPES DE TRAITEMENT

	Modalités	Effets secondaires
Chirurgie	**1-Curage obturateur bilatéral** 2-Extemporané 3-**si N- :** -**Prostatectomie radicale** -**Résection vésicules séminales** **4-Anapath** 5-Anastomose vésico-urétrale	-**Impuissance** -Incontinence -Sténose vésico-urétrale
Radiothérapie ext	1-Conformationnelle 2-**Champs : prostate + gg** 3-Autres caractéristiques : -Dose -Etalement -Fractionnement	-**Impuissance** -Incontinence -Rectite et cystite radique -Sclérose du col vésical
Hormonothérapie	1-Traitement **palliatif** 2-Castration par hormonothérapie : -**Agoniste de la LH-RH** : à vie -**Anti-androgènes : 1 mois** (pour éviter le flare up) 3-Mesures **antalgiques :** -Antalgiques -Rxthérapie os et biphosphonates si méta 4-**Désobstruction** par résection endoscopique	-**Impuissance** -Baisse de la libido -Féminisation -**Effet flare up** -**Echappement hormonal**

III-SURVEILLANCE

Clinique : SFU, TR
Paraclinique : **PSA**, NFS, VS, calcémie, ECBU